

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS



HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

REPERCUSIONES MATERNO FETALES DE PACIENTES CON EMBARAZO DE BAJO RIESGO, SIN CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN VALORADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS E INGRESADAS A TOCOCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES.

TESIS

PRESENTADA POR

SALAYA SILVÁN JOSÉ EDUARDO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR (ES)

Dra. Franco Velasco Ana Cristina

Dr. Ramos Pérez Sergio Alfredo

ANALISTA BIOESTADISTICO

Dr. Javier Góngora Ortega

Aguascalientes, Aguascalientes, febrero 2025

TESIS

TESIS

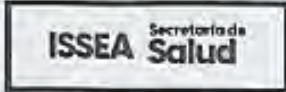
TESIS

TESIS

TESIS



Aguascalientes
Gente de trabajo y soluciones
El gigante de México
ESTADO AGUASCALIENTES



COMITÉ ESTATAL DE INVESTIGACIÓN

Aguascalientes, Ags. 13 de Noviembre del 2024.

A QUIEN CORRESPONDA:

El comité estatal de investigación en salud, basado en los estatutos contenidos en el manual de investigación en salud, ha tenido a bien revisar el protocolo de investigación intitulado.

“REPERCUSIONES MATERNO FETALES DE PACIENTES CON EMBARAZO DE BAJO RIESGO, SIN CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN VALORADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS E INGRESADAS A TOCOCIRUGIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES”

Otorgando el dictamen de **“APROBADO”** Número de registro: 09 ISSEA-024/09

Investigador(es) del proyecto:
Dr. José Eduardo Salaya Silván.

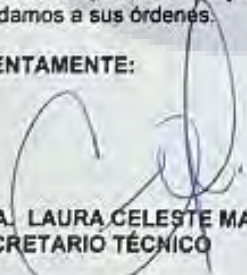
Asesores:
Dra. Ana Cristina Franco Velasco.
Dr. Sergio Alfredo Ramos Pérez.
Dr. Javier Góngora Ortega.

Lugar de desarrollo de la investigación:
Hospital de la Mujer.

Tipo de investigación:
Clínica, para la obtención del grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia.


Esperando que este proyecto de investigación redunde en beneficio a nuestra población, quedamos a sus órdenes.

ATENTAMENTE:



DRA. LAURA CELESTE MACÍAS ALBA
SECRETARIO TÉCNICO

C.C.P.- ARCHIVO



 449 9 10 79 00

 www.issea.gob.mx

 Margil de Jesús No. 1501
Frac. Las Arboledas





GOBIERNO DEL ESTADO
DE AGUASCALIENTES


ISSEA
Secretaría de
Salud



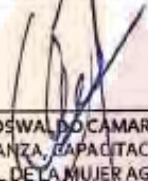
AUTORIZACIÓN FINAL DE CONTENIDO

"REPERCUSIONES MATERNO FETALES DE PACIENTES CON EMBARAZO DE BAJO RIESGO, SIN CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN VALORADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS E INGRESADAS A TOCOCIRUGIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES"

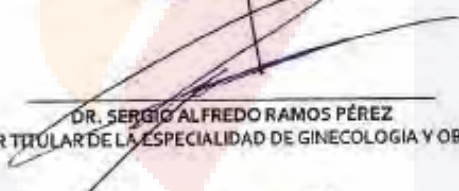
Presenta: Dr. José Eduardo Salaya Silván




DR. JAIME REYNA CRUZ
DIRECTOR
HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES



DR. OMAR OSWALDO CAMARILLO CONTRERAS
JEFE DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES



DR. SERGIO ALFREDO RAMOS PÉREZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DR. JAVIER GONZAGA ORTEGA
REVISIÓN METODOLÓGICA



DRA. ANA CRISTINA FRANCO VELASCO
ASESOR CLÍNICO



Decorative footer with blue and red triangles and contact information:

- ☎ 449 910 79 00
- 🌐 www.issea.gob.mx
- 📍 Morelos de los Ríos 1501



Aguascalientes
Gente de trabajo y soluciones
El gigante de México

ISSEA Secretaría de Salud

DR. SERGIO RAMÍREZ GÓNZALEZ
DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio de la presente como TUTOR designado del estudiante **JOSÉ EDUARDO SALAYA SILVÁN** con ID: 310766 quien realiza la tesis titulada: **REPERCUSIONES MATERNO FETALES DE PACIENTES CON EMBARAZO DE BAJO RIESGO, SIN CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN VALORADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS E INGRESADAS A TOCOCIRUGIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALENTE**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que pueda proceder a imprimirlo así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Dra. Ana Cristina Franco Velasco
Tutor de tesis

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 21 día de Noviembre de 2024

c. d. p. Interesado
c. d. p. Secretaría Técnica del Programa de Posgrado



449 9 10 79 00



www.issea.gob.mx



Margi de Jesús No. 1501
Fracc. Los Arboledas





DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 31/01/25

NOMBRE: SALAYA SILVAN JOSE EDUARDO **ID** 310766

ESPECIALIDAD: EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA **IGAC (del posgrado):** OBSTETRICIA

TIPO DE TRABAJO: Tesis Trabajo práctico

TÍTULO: REPERCUSIONES MATERNO FETALES DE PACIENTES CON EMBARAZO DE BAJO RIESGO, SIN CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ALORADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS E INGRESADAS A TOCOCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE LA MUJER AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): MEJORA EN LA ATENCIÓN Y MANEJO DE EMBARAZOS DE BAJO RIESGO

INDICAR SI /NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
- SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
- SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
- SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
- SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área.
- SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
- SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
- NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
- SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
- SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
- SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
- SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
- SI Coincide con el título y objetivo registrado
- SI Tiene el CVU del Conahcyt actualizado
- NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Si X

No _____

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

M.C.B.E. SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.



ginecologiayobstetricia@index-360.com

19:59

Para: eduardosalayaa@hotmail.com >

Confirmación de recepción de artículo

Estimado/a Dr./Dra. José Eduardo Salaya Silván,

Este es un correo electrónico automático para confirmar la recepción exitosa del artículo en la plataforma de gestión de Ginecología y Obstetricia de México.

Su manuscrito ha sido registrado con el número de seguimiento GOM-2024-106, y el comité lo está procesando. Puede seguir el estado del artículo en todo momento ingresando a la plataforma.

Agradecemos su interés por publicar en nuestra Revista.

Atentamente,

Comité Editorial
Ginecología y Obstetricia de México

DEDICATORIA

A mi madre, quien con su fortaleza, dedicación y amor incondicional ha sido mi mayor inspiración. Gracias por enseñarme que la empatía y el cuidado son la base de la medicina, y por estar siempre a mi lado, en cada momento de duda y en cada pequeño logro de mi vida.

A mi hermano, por ser mi compañero en esta travesía, por el soporte de siempre y no dudar de mí cuando las fuerzas flaqueaban. Tu confianza en mí me ha dado el valor de continuar con todo, inclusive en los tiempos más difíciles.

A Edgar, mi compañero y amor de vida, por tu amor y paciencia infinita, por estar a mi lado en las largas noches de estudio, y por ser una gran motivación. Tu presencia ha sido un pilar fundamental durante todo este proceso.

A mi asesora de tesis, la Dra. Cristy a quien admiro y aprecio, por ser parte fundamental en mi formación como especialista y de este proyecto final, a la cual he aprendido cosas valiosas y fundamentales, considerándola un gran apoyo y pieza fundamental en estos cuatro años.

Para el Dr. Sergio que a lo largo de toda mi formación ha estado presente, en la primera cesárea realizada la cual nunca olvidare, por el apoyo constante y por su amistad que hicieron este camino más llevadero, muchas gracias.

Y a mis amigos, por ser la familia que uno elige, por cada risa compartida y por entender cuando deber me apartaba de los momentos de ocio. Su compañía ha hecho este camino mucho más llevadero y me ha recordado que, incluso la medicina, no todo es estudio; la amistad y el apoyo mutuo son igual de importantes.

Finalmente, dedico esta tesis a todas las mujeres que han confiado en mí a lo largo de mi formación. Que este trabajo sirva como un pequeño aporte a la salud y bienestar de cada una de ustedes.

A todos...GRACIAS

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE IMAGENES	3
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	4
ACRÓNIMOS	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	12
DEFINICIÓN Y FASES DEL TRABAJO DE PARTO.....	12
FISIOLOGÍA DEL TRABAJO DE PARTO.....	13
CONTROL PRENATAL	13
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO.....	14
INTERVENCIONES Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO	16
VALORACIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS.....	16
INGRESO A TOCOCIRUGÍA Y/O LABOR.....	18
ANALGESIA OBSTÉTRICA.....	19
VÍAS DE NACIMIENTO	20
REQUISITOS PARA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO.....	20
INDICACIONES DE OPERACIÓN CESÁREA.....	21
COMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN DEL PARTO.....	21
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	23
.....	27
JUSTIFICACIÓN	28
MAGNITUD E IMPACTO	29
APLICABILIDAD Y FACTIBILIDAD.....	31
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	34
HIPOTESIS	34
Hipótesis nula (H0)	34
Hipótesis del trabajo (H1).....	35

OBJETIVOS	35
General	35
Particulares:	35
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	36
- TIPO DE ESTUDIO.....	36
- POBLACIÓN DE ESTUDIO	36
- TAMAÑO DE LA MUESTRA:.....	36
- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:	38
- SELECCIÓN DE LA MUESTRA:	45
TIPO DE MUESTREO:.....	45
CRITERIOS DE SELECCIÓN	45
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
INSTRUMENTOS:.....	46
LOGÍSTICA	46
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	47
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	48
RECURSOS PARA EL ESTUDIO	48
Recursos humanos.....	48
Recursos materiales.....	48
Recursos financieros.....	48
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	49
RESULTADOS.....	50
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIONES.....	73
DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	76
GLOSARIO	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS.....	81
ANEXO A. TABLA DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN	81
ANEXO B. BASE DE DATOS DISEÑADA PARA EL ESTUDIO.....	82
ANEXO C. OFICIO DE APOYO PARA BÚSQUEDA DE PACIENTES A FINES Y EXTRACCION DE EXPEDIENTES EN EL ÁREA DE ARCHIVO CLÍNICO	83
ANEXO D. OFICIO PARA EXTRACCIÓN DE EXPEDIENTES EN EL AREA UAD	84

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL.....	14
TABLA 2. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO.....	15
TABLA 3. REQUISITOS PARA UNA PRUEBA DE PARTO	20
TABLA 4. INDICACIONES ABSOLUTAS DE OPERACIÓN CESÁREA	21
TABLA 5. SUGERENCIA DE CONTROL PRENATAL. TAMIZAJE E INTERVENCIONES.....	22
TABLA 6. ASOCIACIONES ENTRE EL MOMENTO DEL INGRESO HOSPITALARIO (COMPARANDO LOS INGRESOS TEMPRANOS CON LOS INGRESOS TARDÍOS) Y LOS RESULTADOS DE LOS SEIS ESTUDIOS (N = 1.656).....	27
TABLA 7. PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA POR GRUPO DE ESTUDIO	28
TABLA 8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
TABLA 9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	45
TABLA 10. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	45
TABLA 11. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	45
TABLA 12. TABLA DE CONTINGENCIA Y VIA DE RESOLUCIÓN.....	54
TABLA 13. PRUEBA DE CHI CUADRADO	54
TABLA 14. TABLA DE CONTIGENCIA.....	60
TABLA 15. PRUEBA DE CHI CUADRADO	60

ÍNDICE DE IMÁGENES

IMAGEN 1. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN SISTEMÁTICA Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES.....	17
IMAGEN 2. VALORACIÓN INICIAL EN ADMISIÓN HOSPITALARIA.....	19
IMAGEN 3. DIAGRAMA DE FLUJO DE INSCRIPCIÓN DE PACIENTES. PROM: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA.....	25

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICO 1. RANGO DE EDADES	50
GRÁFICO 2. CONTROL PRENATAL	51
GRÁFICO 3. VÍA DE RESOLUCIÓN.....	51
GRÁFICO 4. ÍNDICE DE BISHOP	52
GRÁFICO 5. BISHOP VS VÍA DE RESOLUCIÓN.....	52
GRÁFICO 6. SANGRADO VS VÍA DE RESOLUCIÓN	53
GRÁFICO 7. INDICACIONES DE CESÁREA	55
GRÁFICO 8. HEMORRAGIA POR EDAD.....	56
GRÁFICO 9. PREVALENCIA DE LAS COMPLICACIONES	56
GRÁFICO 10. COMPLICACIONES POR VÍA DE RESOLUCIÓN	57
GRÁFICO 11. COMPLICACIONES	58
GRÁFICO 12. RELACION CONTROL PRENATAL VS COMPLICACIONES	59
GRÁFICO 13. RANGO DE EDADES VS COMPLICACIONES	60
GRÁFICO 14. APLICACIÓN DE ANALGESIA OBSTÉTRICA.....	61
GRÁFICO 15. USO DE OXITOCINA	61
GRÁFICO 16. AMNIORREXIS.....	62
GRÁFICO 17. INGRESO – RESOLUCIÓN VS USO OXITOCINA (PARTO VAGINAL).....	63
GRÁFICO 18. TIEMPO RESOLUCIÓN VS COMPLICACIONES.....	64
GRÁFICO 19. EDAD GESTACIONAL: CAPURRO.....	65
GRÁFICO 20. APGAR Y VÍA DE RESOLUCIÓN.....	66
GRÁFICO 21. SILVERMANN Y VÍA DE RESOLUCIÓN.....	67
GRÁFICO 22. RANGO INTERCUARTILICO.....	68

ACRÓNIMOS

ACOG	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
AMPc	Adenosín Monofosfato Cíclico
BCNatal	Centro de Medicina Maternofetal y Neonatal de Barcelona
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
FCF	Frecuencia Cardíaca Fetal
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FUM	Fecha de Última Menstruación
GPC	Guía de Práctica Clínica
IC	Intervalo de Confianza
IMC	Índice de Masa Corporal
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Razón de Probabilidades
Ora	Razón de Probabilidades Ajustada
PROM	Ruptura Prematura de Membranas
PSS	Prueba fetal sin estrés
Rh	Factor Rhesus
RIC	Rango Intercuartílico
RR	Riesgo Relativo
SDG	Semanas de Gestación
UAD	Unidad de Archivo Descontinuado
USG	Ultrasonido
VDRL	Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

Introducción. El trabajo de parto consiste en un mecanismo que incluye diversos cambios, multifacéticos, el cual se inicia cuando el embarazo llega al término y el cuerpo concluye todos los cambios para recibir al recién nacido. Este proceso, si bien sabemos, abarca una serie de modificaciones, mismo que ocurren en la embarazada y el feto, y requiere una atención médica especializada para asegurar un resultado favorable para ambos y, así mismo, evitar complicaciones. A lo largo de los siglos, la atención materno fetal ha evolucionado considerablemente, haciendo hincapié acerca de lo que respecta a los criterios para ingresar a la sala de labor.

Objetivo general. Identificar las mayores complicaciones materno fetales derivadas de falta de criterios de ingreso en la unidad de urgencias del Hospital de la Mujer Aguascalientes.

Metodología. un estudio analítico, de acuerdo a la secuencia temporal es un estudio longitudinal, de acuerdo a los factores en estudio se considera observacional (estudio de cohorte y, finalmente, en relación a la cronología de los hechos, es un estudio retrospectivo. Se incluyeron gestantes de 37 a 40.6 semanas de gestación del Hospital de la Mujer Aguascalientes con gestación de bajo riesgo, a quienes se les ingresó al área de tococirugía sin tener criterios de ingreso, del año 2023. Se tomó en cuenta el número total de nacimiento por año en nuestra unidad hospitalaria correspondiente al año 2023, que fue de 5,462 nacimiento, por lo que se utilizó la fórmula del tamaño de muestra para poblaciones finitas, quedando una muestra total de 359 pacientes.

Resultados. Se analizó 359 pacientes con embarazos a término y bajo riesgo, evaluando complicaciones materno-fetales según la vía de resolución (parto vaginal o cesárea). Se observó que la hemorragia obstétrica fue más frecuente en partos vaginales, mientras que las complicaciones fueron mayores en madres jóvenes y con control prenatal inadecuado. No se encontraron asociaciones significativas en varias variables analizadas.

Conclusiones. El estudio destaca la importancia del control prenatal adecuado para reducir complicaciones maternas y neonatales, especialmente en gestantes adolescentes.

Palabras clave. Parto, ingreso, gestación, labor.



ABSTRACT

Introduction. Labor is a mechanism that includes various, multifaceted changes, which begins when the pregnancy reaches term and the body completes all the changes to receive the newborn. This process, as we know, includes a series of modifications, which occur in the pregnant woman and the fetus, and requires specialized medical care to ensure a favorable outcome for both and, at the same time, avoid complications. Over the centuries, maternal-fetal care has evolved considerably, emphasizing what concerns the criteria for entering the labor room.

General objective. To identify the major maternal-fetal complications derived from the lack of criteria for admission to the emergency unit of the Hospital de la Mujer Aguascalientes.

Methodology. An analytical study, according to the temporal sequence is a longitudinal study, according to the factors under study is considered observational (cohort study and, finally, in relation to the chronology of the events, it is a retrospective study. Pregnant women from 37 to 40.6 weeks of gestation from the Hospital de la Mujer Aguascalientes with low-risk gestation were included, who were admitted to the toco-surgery area without having admission criteria, from the year 2023. The total number of births per year in our hospital unit corresponding to the year 2023 was taken into account, which was 5,462 births, so the sample size formula for finite populations was used, leaving a total sample of 359 patients.

Results. 359 patients with full-term and low-risk pregnancies were analyzed, evaluating maternal-fetal complications according to the resolution route (vaginal delivery or cesarean section). It was observed that obstetric hemorrhage was more frequent in vaginal births, while complications were higher in young mothers and with inadequate prenatal care. No significant associations were found in several variables analyzed.

Conclusions. The study highlights the importance of adequate prenatal care to reduce maternal and neonatal complications, especially in adolescent pregnant women.

Keywords. Childbirth, admission, pregnancy, labor.



INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto consiste en un mecanismo que incluye diversos cambios, multifacéticos, el cual se inicia cuando el embarazo llega al término y el cuerpo concluye todos los cambios para recibir al recién nacido. Este proceso, si bien sabemos, abarca una serie de modificaciones, mismo que ocurren en la embarazada y el feto, y requiere una atención médica especializada para asegurar un resultado favorable para ambos y, así mismo, evitar complicaciones. A lo largo de los siglos, la atención materno fetal ha evolucionado considerablemente, haciendo hincapié acerca de lo que respecta a los criterios para ingresar a la sala de labor¹.

En la atención de embarazadas consideradas de un riesgo bajo en tococirugía, los criterios para la admisión son cruciales para asegurar una atención adecuada sin recurrir a recursos innecesarios.

Según un estudio de Smith et al. (2021), los pacientes de bajo riesgo generalmente son admitidos en tococirugía solo en presencia de síntomas o complicaciones que no puedan ser manejadas en un entorno menos intensivo, como un parto sin complicaciones que requiera monitorización adicional (Smith, J., & Brown, L. 2021)².

La guía de la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2022) subraya que, en estos casos, la decisión de ingresar a un paciente a tococirugía debe basarse en la evaluación continua del riesgo y la probabilidad de intervención rápida si se presenta deterioro. Estos enfoques ayudan a asegurar que las herramientas disponibles de tococirugía sean empleadas de forma adecuada, centrando la atención en la prevención y manejo de posibles complicaciones³.

Es por eso que los criterios de ingreso a tococirugía toman importancia y radican en su capacidad para garantizar una atención adecuada y eficiente en situaciones obstétricas críticas. La aplicación rigurosa de estos criterios asegura que los recursos limitados se asignen a pacientes que realmente necesitan cuidados

intensivos, lo que puede prevenir complicaciones graves y mejorar los resultados maternos y neonatales³.

Según D'Alton (2019), una evaluación precisa y basada en criterios claros ayuda a evitar la sobrecarga de los servicios de tococirugía, asegurando que las intervenciones se realicen de manera oportuna y adecuada. En consecuencia, adherirse a estos criterios es fundamental para optimizar la gestión de los recursos hospitalarios y proporcionar una atención de calidad en el contexto obstétrico, evitando ciertos riesgos y/o complicaciones a los cuales se puede someter a una paciente que ingresa al área de labor aun cuando no cuente con criterios para su internamiento⁴.

Diversas asociaciones, colegios, autores, organizaciones, en especial ACOG (2017) describe las complicaciones a las cuales se someten las pacientes que son hospitalizadas sin tener un claro motivo del mismo, por mencionar intervenciones innecesarias, al estar en el nosocomio se exponen a establecer infecciones intrahospitalarias, la mayoría puede presentar fatiga y estrés ya que la gran mayoría de las pacientes tienen la idea que al ser ingresadas el progreso del trabajo de parto será más rápido, así mismo, se satura el servicio correspondiente, lo que podría poner en peligro a la paciente que realmente requiera la atención, ante tal se da la situación en la que se interrumpe el trabajo de parto natural y todo lo anterior podría traducirse en mayor costo al sistema de salud, pacientes y familias⁵.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN Y FASES DEL TRABAJO DE PARTO

De acuerdo con Lawrence (2012), el trabajo de parto es todo el proceso que tiene por objetivo que se lleve a cabo el parto, iniciando con contracciones de manera regular, finalizando con el nacimiento y alumbramiento⁶.

Para Nieto (2022) divide el proceso del trabajo de parto en las siguientes etapas⁷:

1. ETAPA UNO: Periodo de dilatación, etapa la cual se caracteriza por:
 - Formación de la sección menor
 - Adelgazamiento cervical
 - Ampliación cervical: este se divide en las siguientes fases:
 - Fase latente: momento el que ya se inicia el trabajo de parto, caracterizado por una dilatación cervical de 3 a 4 cm.
 - Fase activa: es el pase de los 4 cm de dilatación a 5 cm y posteriormente hasta la dilatación completa, caracterizado por dolor constante e intenso.
2. ETAPA DOS: expulsión, es el tiempo que se establece cuando la dilatación llega al límite y la expulsión del feto. Ésta se caracteriza ya que se divide en lo siguiente:
 - Fase de expulsión pasivo: dilatación finalizada antes o sin la presencia de contracción involuntarias.
 - Fase de expulsión activo: concluimos que estamos en ésta cuando se logra visualizar el feto, con la presencia de contracciones de expulsión junto con la dilatación finalizada.
3. ETAPA TRES: Alumbramiento, etapa que se lleva a cabo desde la expulsión del feto y la expulsión de la placenta, que puede desarrollarse de forma espontánea o dirigida.

FISIOLOGÍA DEL TRABAJO DE PARTO

De acuerdo con Báez (2005), se inicia cuando hay un aumento de las contracciones uterinas, con la finalidad de contracciones irregulares a regulares y aumento en la intensidad y la frecuencia, resultando en la dilatación y el borramiento cervical. Para que esto ocurra es necesario que se contraiga el miometrio; cabe destacar que el ion calcio es uno de los más importantes, ya que sirve como transportador y se necesita un aumento en sus niveles para que trabaje con los miofilamentos y pueda provocar actividad uterina, por lo que la elevación en conjunto del ion calcio, el adenosín-monofosfato cíclico e inositol trifosfato afectan la contracción; la relajación de las fibras musculares se ve beneficiada por el AMPc, así mismo, para que se efectúe la contracción de dichas fibras es necesario un aumento en los niveles de IP3. Cuando se produce un proceso de fosforilación de la cadena de miosina y a la vez hay una integración de la actina, miosina y el calcio ocasionara el proceso de contracción⁸.

CONTROL PRENATAL

De acuerdo a la guía de práctica clínica: control prenatal con atención centrada en la paciente (2017) la valoración médica durante todo el proceso de gestación nos ayuda a disminuir los posibles riesgos que pudiesen presentarse, tanto en la mujer gestante como en el feto, otorgando a la usuaria todos los servicios disponibles para establecer un adecuado control, en los que se pueden incluir el servicio de nutrición, identificación de enfermedades de importancia, asistencia de inmunizaciones. En la siguiente imagen se citan algunos de los objetivos del mismo⁹:

Tamizaje, tratamiento y vigilancia de la evolución de patologías como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, sífilis, infección de vías urinarias, infección por VIH, malnutrición, carencia de vitaminas y macronutrientes.
Evaluación de factores de riesgo, detección y manejo de complicaciones obstétricas: cicatrices uterinas, presentación anormal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sangrado en el embarazo.
Prevención sistemática de enfermedades como: tétanos neonatal y materno, anemia, transmisión de HIV.
Elaboración de un plan de acción previo al parto.

Tabla 1. Objetivos del control prenatal

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

De acuerdo con el Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona (2019), “la valoración del riesgo gestacional y/u obstétrico se realiza al comienzo del embarazo y de manera continua durante toda la gestación. En el momento que la gestación cambie a alto o muy alto riesgo se debe derivar a la unidad correspondiente”¹⁰.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2023), el índice de mortandad materna se encuentra en aumento. Durante el año 2020 se estimaron alrededor de 287 000 muertes durante la gestación o en la atención del evento obstétrico, integrando que alrededor del 95% de los decesos se establecen en países de bajo y mediano ingreso y que dichos decesos son altamente evitables; por lo que se define como el deceso de la mujer en estado de gravidez, en la atención del evento obstétrico o en el periodo puerperal, dejando fuera las causas por accidente¹¹.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED (2013), clasifica el embarazo, de acuerdo a lo siguientes criterios de la siguiente imagen¹²:

<p>Riesgo bajo o cero. Cuando no experimentes los factores de riesgo de niveles más altos.</p>
<p>Riesgo medio o uno. Cuando padeces algunos de los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cardiopatía que no limita la actividad física de la madre. Edad extrema, si es menor de 15 años o mayor de 35 años. Esterilidad previa de dos o más años. Fumadora habitual. Gran multiparidad, teniendo cinco o más fetos de por lo menos 28 semanas. Hemorragia del primer trimestre de embarazo. Infecciones de orina durante el embarazo. Obesidad con un índice de masa corporal superior a 30.
<p>Riesgo alto o dos. Cuando se presenten algunas de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anemia en el embarazo. Cardiopatía con limitación ligera de la actividad física de la madre. Cirugía uterina previa. Diabetes gestacional. Embarazo gemelar e incluso parto múltiple. Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación Hemorragia en el segundo y/o en el tercer trimestre del embarazo. Historia obstétrica desfavorable, con abortos o partos prematuros. Obesidad con un índice de masa corporal superior a 40.
<p>Riesgo muy alto o tres. Cuando se presenten algunas de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Amenaza de parto prematuro (antes de las 37 semanas). Cardiopatías con una importante limitación de la actividad física. Diabetes mellitus previo a la gestación. Consumo de tóxicos como alcohol o drogas. Si tiene placenta previa. Si presenta alguna patología asociada grave.

Tabla 2. Criterios de clasificación del riesgo obstétrico

INTERVENCIONES Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO

VALORACIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS

De acuerdo con el Clinic Barcelona (2019) toda paciente que se encuentre en estado de gestación, con embarazo de 35 semanas de gestación o más, que acuda por dolor abdominal tipo cólico o pérdidas transvaginales, deberá realizarse su valoración en el servicio de urgencias correspondiente. Durante la valoración inicial, en la categorización de riesgo, incluye la toma de signos vitales, identificación de factores de riesgo para poder proseguir con la valoración de la gestante¹³.

- Las mujeres embarazadas que de acuerdo a los factores de riesgo se clasifiquen como pacientes de bajo riesgo y que no cumplan con los criterios de internamiento, pueden ser egresadas, explicando detalladamente los datos de urgencias.
- En cambio, las mujeres embarazadas que de acuerdo a los factores de riesgo sean clasificadas como pacientes de alto riesgo deben ser valoradas por el medico gineco-obstetra en turno.
- Aquellas gestantes que experimenten dolor abdominal tipo cólico y que no cumplan con criterios de internamiento, se les puede informar y explicar a cerca de manejo medico no farmacológico.

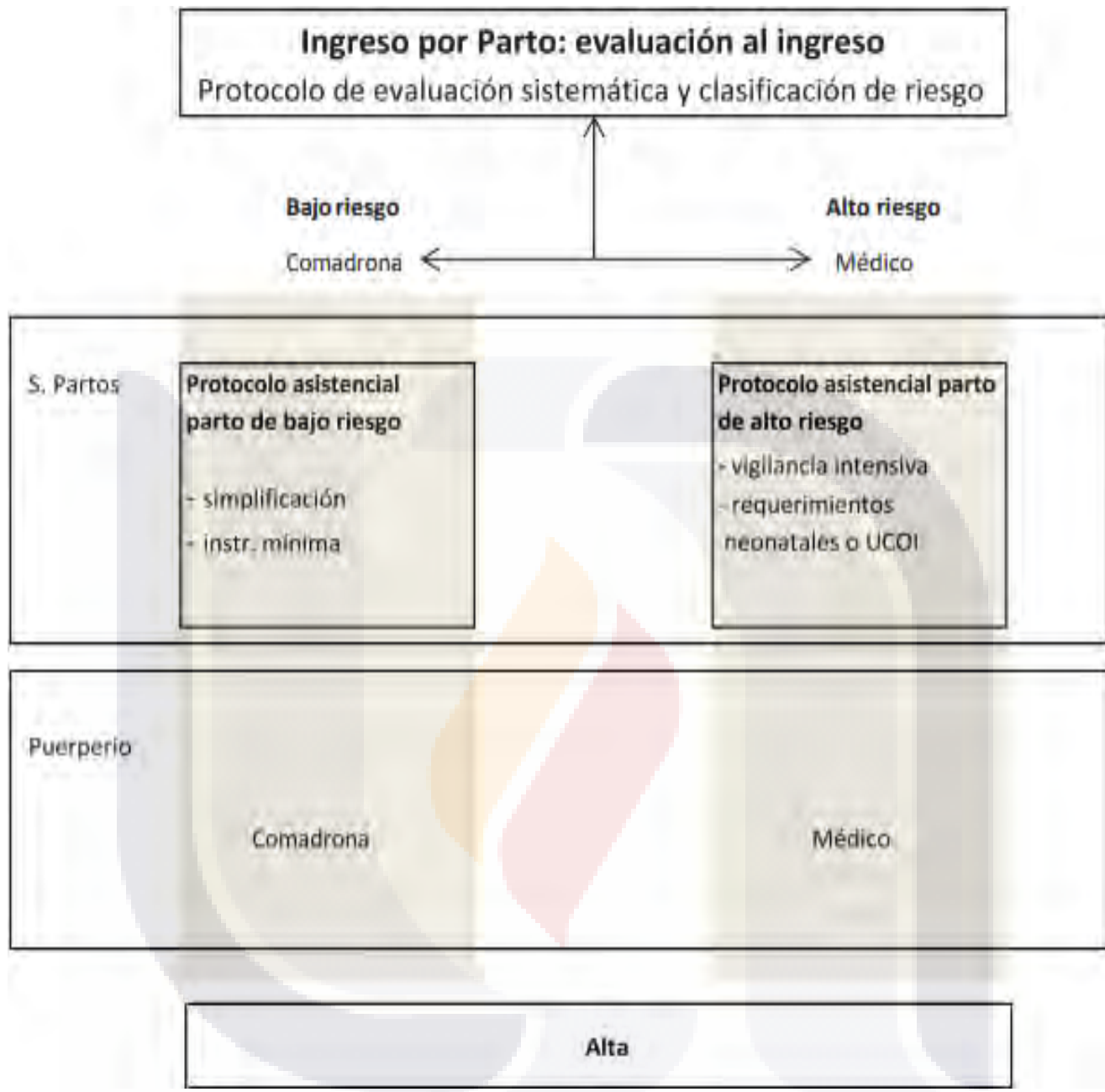


Imagen 1. Protocolo de evaluación sistemática y clasificación de pacientes.

INGRESO A TOCOCIRUGÍA Y/O LABOR

Conforme a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en el embarazo de bajo riesgo (2019), establece lo siguiente¹⁴:

- Las gestantes que cursen con un embarazo de bajo riesgo y que se encuentren en una edad gestacional de término se debe de otorgar el tiempo para el inicio del trabajo de parto de manera espontánea, en el caso del término tardío podría otorgarse la inducción de trabajo de parto, sin llegar a un estado de embarazo postérmino y así evitar las complicaciones del mismo.
- La fase latente del trabajo de parto se considera cuando se establecen modificaciones cervicales hasta 4 cm de dilatación.
- La fase activa del trabajo de parto se considera cuando se establecen modificaciones cervicales a los 5 cm de dilatación y finaliza con la dilatación completa del cérvix.
- La toma de decisión para el internamiento de la paciente de bajo riesgo al área de tococirugía se basa en la presencia de una dilatación cervical de 5 cm, es decir, una fase activa del trabajo de parto.
- No se recomienda el internamiento de la mujer gestante a un área de tococirugía en el caso que presente una dilatación menor a 5 cm, es decir, que experimente una fase latente del trabajo de parto.

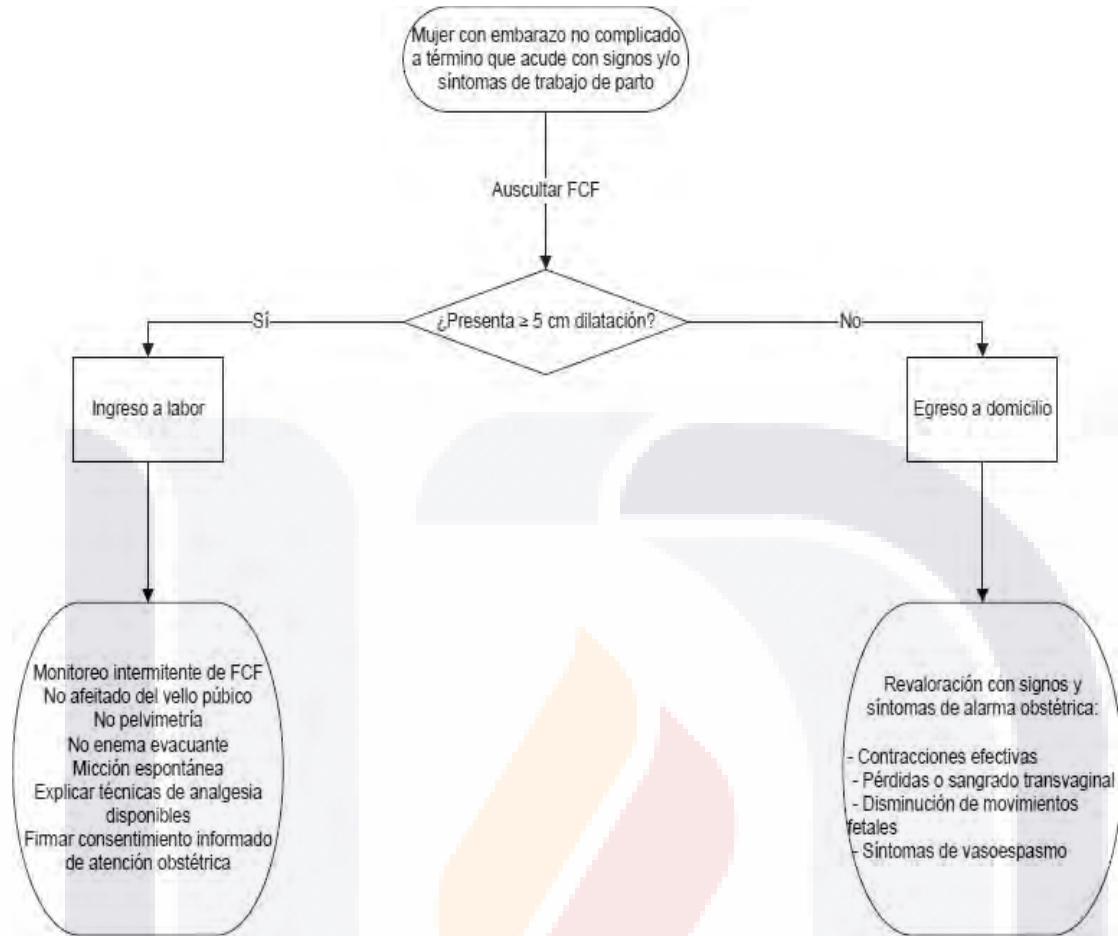


Imagen 2. Valoración inicial en admisión hospitalaria

ANALGESIA OBSTÉTRICA

De acuerdo con McDonald (2014), la analgesia es la pérdida de la apreciación del dolor, esta puede clasificarse de acuerdo a las porciones que afecte, es decir, local cuando solo se afecta un área en específico o bien regional cuando el área afectada es un poco más extensa o sistémica. Es importante hacer la diferencia entre analgesia y anestesia ya que son dos términos diferentes con distinta aplicabilidad y en la rama de la obstetricia es necesario un adecuado uso para poder así ofertar la seguridad materno fetal¹⁵.

Conforme a los establecido por el College Of Obstetricians and Gynecologists (2019) describe que las mujeres que se encuentren en trabajo de parto,

hospitalizadas, con dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada-intensa, que no cuenten con contraindicación, el deseo de obtener analgesia obstétrica es indicaciones suficientes para el manejo del dolor¹⁶.

VÍAS DE NACIMIENTO

Conforme a lo descrito con Cunningham (2018) las vías de nacimiento para un feto son el parto vaginal y la cesárea. El parto vía vaginal es el método natural en el que el feto pasa a través del canal vaginal. La cesárea, en cambio, es la extracción del feto a través de una incisión abdominal y en el útero, por lo que se tiene que realizar en quirófano, realizándose cuando el parto vaginal no es posible o seguro¹⁷.

REQUISITOS PARA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para la realización operación cesárea (2010) describió los siguientes requisitos para realizar la prueba de trabajo de parto¹⁸:

Embarazo de termino.
Pelvis útil.
Presentación podálica abocada.
Dilatación de 4 centímetros o más.
Actividad uterina regular (espontanea o inducida con oxitócicos).
Membranas rotas.
Buen estado materno fetal.
Evacuación de vejiga y recto.
Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un periodo de tiempo determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante partograma.
La presencia de meconio no contraindica la prueba.
La analgesia/anestesia puede estar contraindicada a criterio del médico tratante.

Tabla 3. Requisitos para una prueba de parto

INDICACIONES DE OPERACIÓN CESÁREA

La Guía de práctica clínica sobre la reducción de la operación cesárea (2014) nos muestra el siguiente cuadro acerca de las indicaciones absolutas para establecer una cesárea¹⁹:

Cesárea iterativa.
Presentación pélvica.
Sufrimiento fetal.
Retraso del crecimiento intrauterino.
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
Placenta previa.
Placenta de inserción baja.
Presentación de cara.
Prolapso de cordón umbilical.
Hidrocefalia.
Gemelos unidos.
Infecciones maternas de transmisión vertical (VIH).
Embarazo pretérmino (menor a 1500 gramos de peso fetal)
Condilomas vulgares grandes.

Tabla 4. Indicaciones absolutas de operación cesárea

COMPLICACIONES EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

Cunningham (2018) describió que las dificultades que pueden presentar al atender el evento obstétrico pueden incluir¹⁷:

Hemorragia posparto: la pérdida sanguínea puede iniciarse por cuatro causas principales las cuales son las ya conocidas 4 T: tono, tejido, trauma y trombina.

Infección puerperal: la cual se presenta como síntoma principal la fiebre puerperal.

Retención de placenta: Cuando la placenta o parte de ella no se expulsa del útero después del nacimiento, lo que puede llevar a hemorragia e infección.

Desgarros perineales severos: son las lesiones que se presentan en el área del periné que generalmente ocurren durante un parto vaginal, especialmente si el feto es grande o si se realiza un parto instrumentado.

Embolia de líquido amniótico: Una complicación rara pero grave, que se caracteriza por el internamiento del líquido en el sistema circulatorio de la madre, causando una reacción inflamatoria severa que puede llevar a un colapso cardiovascular.

Visita Inicial: <14 semanas	Visita entre: 14-24 semanas	Visita entre: 24-28 semanas	Visita entre: 28-34 semanas	Visita entre: 34-41 semanas
Evaluación y Procedimientos				
<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica completa e identificación de riesgos. Evaluación de edad gestacional por fecha de última menstruación Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. Verificación de esquema de vacunación Referencia al especialista de acuerdo a riesgo obstétrico Entre la semanas 11 a 13.6 ultrasonido para descartar aneuploidia 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de frecuencia cardíaca fetal. Altura uterina Movimiento fetales Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. Ultrasonido estructural semana 18-22 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de frecuencia cardíaca fetal. Altura uterina Movimiento fetales Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. Aplicación de inmunoglobulina anti-D en la semana 28 en pacientes Rh negativas no sensibilizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de frecuencia cardíaca fetal. Altura uterina Movimiento fetales Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. Evaluación de salud fetal (USG obstétrico para evaluación de crecimiento, PSS de acuerdo a criterio médico y antecedentes obstétricos) 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de frecuencia cardíaca fetal. Altura uterina Presentación fetal Movimiento fetales Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC. Evaluación de salud fetal (USG, PSS de acuerdo a criterio médico y antecedentes obstétricos)
Pruebas de Laboratorio				
<ul style="list-style-type: none"> Biometría hemática, Grupo y Rh, Glucosa, Examen general de orina, urocultivo, Papanicolaou, Exudado vaginal, VDRL, prueba rápida VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina 	<ul style="list-style-type: none"> Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina Biometría hemática Curva de tolerancia a la glucosa 	<ul style="list-style-type: none"> Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina 	<ul style="list-style-type: none"> Determinación de proteinuria por tira reactiva en orina
Educación y Consejería				
<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio Nutrición Asesoramiento para lactancia materna Cese de uso de sustancias como tabaquismo, alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> Explicación de resultados de pruebas realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> Signos y síntomas de parto pretérmino 	<ul style="list-style-type: none"> Signos y síntomas de Preeclampsia Signos y síntomas de parto pretérmino Síntomas de depresión en el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> Signos y síntomas de Preeclampsia Signos y síntomas del inicio de parto Síntomas de depresión en el embarazo Lactancia
Educación y Consejería en todas las semanas de gestación				
<ul style="list-style-type: none"> Datos de Alarma Obstétrica, uso correcto del cinturón de seguridad Cuidado dental, planificación familiar, lactancia materna, preparación del parto, sensibilización al parto después de cesárea. 				

Tabla 5. Sugerencia de control prenatal. Tamizaje e intervenciones.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El artículo “Historia de la medicina, el comienzo de la vida: la historia de la obstetricia” explora la evolución que ha tenido la rama de la obstetricia a lo largo de los años, desde su inicio hasta nuestros tiempos actuales. Principalmente se enfoca en como las prácticas relacionadas con el parto han ido cambiando a lo largo del tiempo, mencionando a las antiguas civilizaciones hasta los grandes procedimientos médicos avanzados del siglo XX que hoy en día conocemos. Inicialmente, el parto era asistido por parteras en contextos domésticos, bien sabido que el conocimiento que tenían era transmitido de generación en generación. Con el tiempo, la medicina y la cirugía comenzaron a integrarse en nuestro campo, especialmente en épocas pasadas. El perfeccionamiento en el área de las ciencias de la salud fue un punto importante ya que impulso un mejor entendimiento del proceso del parto, lo que llevo a intervenciones más seguras y controladas²⁰.

Si bien, hablando de grandes avances en el contexto de la obstetricia, uno que no se debe olvidar mencionar es la analgesia obstétrica, en el artículo de una revisión acerca del impacto de la analgesia obstétrica y los resultados materno fetales obtenidos publicado en la revista *Anesthesiology*, examina el papel tan importante que ejerce la decisión de aplicar o no analgesia en la evolución del trabajo de parto. Desde su introducción en el siglo XIX, la analgesia ha transformado la experiencia de las madres al estar con trabajo de parto establecido, desde el inicio del mismo hasta el nacimiento, permitiéndonos a nosotros los médicos realizar intervenciones más seguras y controladas²¹.

En 2016, en la revista americana de perinatología, implemento un estudio del tipo observacional, con la meta de estimar el impacto al determinar la dilatación cervical al ingreso sobre el riesgo de cesárea en gestantes en trabajo de parto espontáneo a término. Fue un estudio cohorte prospectivo de mujeres admitidas en trabajo de parto a término con gestación única, en el cual se excluía algún factor de riesgo, por lo que se estimó la asociación entre la cesárea y la dilatación cervical al ingreso y los resultados se estratificaron: “se determinaron los riesgos

relativos (RR) y los intervalos de confianza (IC) del 95%, utilizando como grupo de referencia la dilatación ≥ 6 cm, teniendo como resultado, un total de 2.033 mujeres en parto espontáneo contaban con los puntos para ser incluidas. Las mujeres ingresadas con dilatación de seis centímetros obtuvieron un riesgo incrementado de intervención quirúrgica en contraparte con las ingresadas con más de seis centímetros. El aumento del riesgo se observó en los nulíparas (16,8 vs. 7,1%; RR 2,35; IC del 95%: 0,90-6,13) y multíparas (11,0 vs. 2,5%; RR 4,36; IC del 95%: 1,80-10,52), pero fue estadísticamente significativo solo en mujeres multíparas, concluyendo que la disminución de la dilatación cervical al momento del ingreso en el área de urgencias, particularmente < 6 cm, se considera una variable riesgo modificable para la cesárea, especialmente en multíparas. Este punto se debe considerar para determinar el tiempo exacto de ingreso en las pacientes con embarazo de término”²².

En 2017, en el hospital universitario Creggi de Florencia, Italia, se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo en 1005 gestantes, entre enero 2017 y octubre 2018, con embarazo único sin complicaciones que ingresaron por parto espontáneo, por lo que se comparó la tasa de cesáreas y otros resultados perinatales entre las mujeres ingresadas en la etapa menor a 5 centímetros y las ingresadas en la etapa mayor a 4 centímetros: “el ingreso ocurrió en etapa activa del trabajo de parto para 331 gestantes (32,9%) y en etapa latente para 674 (67,1%). El ingreso en fase latente fue más frecuente en las nulíparas que en las multíparas ($p < 0,01$) y en las pacientes italianas en comparación con las extranjeras. El porcentaje de intervención quirúrgica fue casi igual en ambas poblaciones. El ingreso en la fase latente aumentó la probabilidad de analgesia epidural (OR 3,47, IC del 95%: 1,96-6,14, en las nulíparas, y OR 2,58, IC del 95%: 1,37-4,84, en las multíparas) y aumentó la tasa de aumento del trabajo de parto con oxitocina en las multíparas (OR 2,87, IC del 95%: 1,05-7,85), sin mostrar gran distinción en el desenlace del recién nacido. Concluyendo el estudio que el ingreso en fase latente se asocia a un uso más frecuente de analgesia epidural, sin aumento de cesáreas ni resultados neonatales adversos”²³.

En 2014, se realizó un estudio correlacional en una gran maternidad italiana con el objetivo principal de investigar la correlación entre el diagnóstico para admisión intrahospitalaria (etapa latente y activa) y la forma de finalización de la gestación. El objetivo secundario fue explorar la relación entre el diagnóstico de ingreso hospitalario, las tasas de intervención intraparto y los resultados maternos/neonatales. Los datos de enero de 2013 a diciembre de 2014 se recogieron de las historias clínicas electrónicas del hospital. Se seleccionaron 1,446 registros de mujeres de bajo riesgo. Estos se agruparon en dos tipos de población conforme el diagnóstico de admisión: "fase latente" o "etapa activa". Se obtuvo que el 52,7% de las mujeres ingresaron en trabajo de parto activo y el 47,3% en fase latente. Los resultados fueron los siguientes: "las mujeres en el grupo de fase latente fueron más propensas a experimentar una cesárea o un parto instrumental, ruptura artificial de membranas, aumento de oxitocina y analgesia epidural. El ingreso en la fase latente se asoció con mayores intervenciones intraparto, que se correlacionaron estadísticamente con el modo de nacimiento"²⁴.

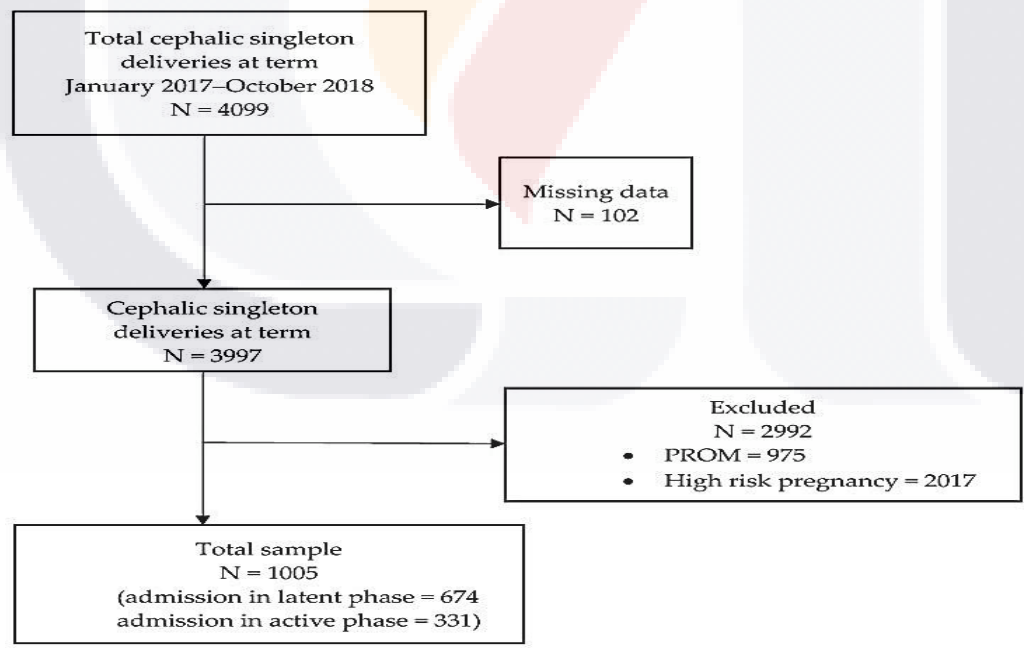


Imagen 3. Diagrama de flujo de inscripción de pacientes. PROM: Ruptura prematura de membrana.

En 2023, en Pensilvania, Estados Unidos, en un estudio de cohorte de 1,656 gestantes primíparas entre 18 y 35 años con embarazos únicos que comenzaron el parto de forma espontánea en casa y dieron a luz en 52 hospitales de Pensilvania, Estados Unidos. Las mujeres que ingresaron antes de que sus contracciones se hubieran vuelto regulares y \leq con 5 minutos de diferencia (admisiones tempranas) se compararon con las que ingresaron después (admisiones tardías). Se usó un análisis multivariado para determinar asociaciones entre el momento del ingreso hospitalario y el estado de trabajo de parto activo al ingreso (dilatación cervical 6-10 cm), aumento de oxitocina, analgesia epidural y parto por cesárea, teniendo que dos tercios de los participantes (65,3%) fueron admitidos más tarde. Los resultados fueron los siguientes: "estas mujeres habían tenido un trabajo de parto más largo antes del ingreso (mediana, rango intercuartílico [RIC] 5 horas (3-12 horas)) que las admitidas tempranamente (mediana, (RIC) 2 horas (1-8 horas), $p < 0,001$); tenían más probabilidades de estar en trabajo de parto activo al ingreso (OR ajustada [ORa] 3,78; IC 95 %, 2,47–5,81); y tuvieron menos probabilidades de experimentar un aumento del trabajo de parto con oxitocina (ORa 0,44; IC del 95%: 0,35–0,55); analgesia epidural (ORa 0,52; IC 95%: 0,38–0,72); y parto por cesárea (ORa 0,66; IC 95%: 0,50–0,88). Por lo tanto, en este estudio se concluyó, de acuerdo a los hallazgos, indican que si las contracciones del trabajo de parto de una mujer se han vuelto regulares y \leq 5 minutos antes del ingreso hospitalario, es más probable que esté en trabajo de parto activo al ingreso y menos probable que experimente las intervenciones intrapartos de aumento con inducción, analgesia obstétrica y parto por cesárea. Sin embargo, no se encontraron pruebas que apoyen recomendar que las mujeres continúen trabajando en casa durante un período de tiempo específico después de que las contracciones se hayan vuelto regulares y \leq con 5 minutos de diferencia. Estos resultados proporcionan información de uso potencial para los educadores de parto y los médicos que atienden a las mujeres gestantes"²⁵.

Outcomes	Adjusted OR	95% CI	p-value
Admitted in active labor (6-10 cm cervical dilation)	3.78	2.47-5.81	< 0.001
Labor augmented via oxytocin	0.44	0.35-0.55	<0.001
Epidural analgesia	0.52	0.38-0.72	<0.001
Cesarean birth	0.66	0.50-0.88	0.004
^a Maternal morbidities	1.05	0.82-1.34	0.713
^b Neonatal morbidities	1.05	0.76-1.45	0.767

Tabla 6. Asociaciones entre el momento del ingreso hospitalario (comparando los ingresos tempranos con los ingresos tardíos) y los resultados de los seis estudios (n = 1.656).

Así mismo, en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, mediante un análisis de cohortes, de enero 2015 a diciembre 2016, con el objetivo de comparar los resultados materno fetales en paciente con etapa latente y activa, en primigestas con embarazo mayor a 37 semanas de gestación, llegando a los siguientes resultados: “ de todas las pacientes incluidas, un total de 215, 95 con etapa latente y 120 con etapa activa, las del grupo uno con tendencia a mayor uso de analgesia obstétrica así como intervención quirúrgica para finalización del embarazo en comparación con el otro grupo en estudio y en cuanto a los resultados perinatales, solo un recién nacido ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales por un APGAR bajo, concluyendo que las gestantes en las que se aplica la curva de Zhang tienen mejores resultados materno fetales”²⁶.

Indicaciones de cesárea	Grupo de estudio		Valor P
	4 cm	6 cm	
Alteraciones monitoreo	6.3%	0.8%	.001
Detención del descenso	11.6%	2,5%	
Desproporción Céfalopélvica	2.1%	0%	
Desprendimiento de placenta	1.1%	0.8%	

Tabla 7. Principales indicaciones de cesárea por grupo de estudio

JUSTIFICACIÓN

El nacimiento es un proceso que todos los seres humanos experimentamos y que se presenta día con día, por eso se considera de gran importancia en la cultura y en la sociedad, por eso hoy en día existen programas que se encargan de capacitar al personal de salud para brindar la mejor atención al proceso de nacer para establecer seguridad y al mismo tiempo calidad en la atención del proceso, aplicando modelos necesarios y establecer la toma de decisiones para reducir y evitar la mortalidad de quien dará a luz, descartando las intervenciones innecesarias para poder continuar con la vida social y laboral de manera adecuada.

El parto es un evento fisiológico, que puede llegar a ser complejo, sin embargo, es trascendental para la madre. Uno de los objetivos principales para las ginecoobstetras alrededor del mundo es la finalización del parto de manera eutócica, esto con una madre en buenas condiciones generales y un recién nacido fuera de complicaciones, sin embargo, todo lo anterior ha generado que se establezcan medidas efectivas para la atención del evento obstétrico, manejo adecuado de complicaciones para reducción de todo tipo de complicaciones

posibles.

En las décadas previas se han implementado prácticas y/o protocolos que tienen por objetivo la vigilancia y atención adecuada del evento obstétrico para mejorar de los resultados materno-fetales, esto a través de prácticas que se realizan hoy en día, aunque no disponemos con los adecuados indicios de eficacia y seguridad.

Por tal, en las últimas décadas, se han ido desarrollado diversas investigaciones y/o estudios, uno de ellos es el efecto a corto y largo plazo que tiene el tipo de valoración a la usuaria que se otorga a las gestantes en el marco del cumplimiento de criterios de ingresos para su internamiento y manejo oportuno.

MAGNITUD E IMPACTO

Alrededor del mundo se llevan a cabo millones de nacimientos anuales, siendo que las características que más se visualizan en las mujeres es que son pacientes con casi ninguno o pocos factores de riesgo que acuden a valoración por presentar dolor abdominal tipo cólico de manera espontánea, cursando un embarazo de término y que la gran mayoría experimentan una adecuada progresión culminando en un nacimiento de manera eutócica. Durante la atención del evento obstétrico, nosotros como ginecoobstetras tenemos la obligación de actuar de una forma integral, cuidando el bienestar tanto de la madre como del feto a nacer, sin perder nunca la humanidad ya que el nacimiento siempre tendrá un significado emocional y cultural importante.

Diversos estudios han demostrado que las pacientes que tienen altos factores de riesgo de presentar un alto índice de mortalidad son en los lugares en donde el índice de finalización del embarazo por vía abdominal sobrepasa el 15%.

Por ejemplo, se ha visto que en Estados Unidos la finalización del embarazo vía abdominal ha ido en aumento, incrementando un 10% en tan solo 15 años, misma situación que también se ha presentado en diversos países de América Latina, citando como ejemplo Brasil, en donde se observó un índice del 55% solo en el año 2016, así mismo, en Colombia con un aumento en el índice quirúrgico del

20.8% en solo los últimos quince años, situación que en todos los organismos competentes genera desconcierto por las repercusiones negativas que pueden llegar a presentarse.

Uno de los problemas principales de la situación anterior es cuando el evento quirúrgico no tiene una indicación concisa para llevarse a cabo, ya que por sí sola el parto vía abdominal conlleva a presentar complicaciones, tales como hemorragia, lesión a órganos vecinos, histerectomía, mala inserción placentaria así como ruptura uterina, siendo el mayor problema que al contar con el antecedente previo de finalización del embarazo por vía abdominal aumenta la probabilidad de que una gestación futura finalice de la misma forma.

En nuestro país más del 90% de los eventos obstétricos se atienden en unidades correspondientes a segundo nivel de atención, situación que favorece la saturación del servicio, lo que disminuye la calidad de la atención en las usuarias, llegando a presentarse situaciones de violencia obstétrica, aplicando en diversas ocasiones procedimientos que no cuenta con la evidencia necesaria para garantizar calidad en la atención de la usuaria, como ejemplo, el parto vía abdominal con un incremento de más del 40% en un promedio de quince años.

Así mismo, contamos desde el año 2008 con guías que enfatizan evidencias y recomendaciones, teniendo éstas a lo largo de los años actualizaciones para poder ofertar a las gestantes una atención con calidad para tener repercusiones materno fetales positivas.

De acuerdo a las estadísticas, en nuestro país, de cada 100 mujeres embarazadas, 23.3% tuvieron cesáreas programadas y 22.8% cesáreas de emergencia.

Los registros han demostrado que los estados con más partos vía abdominal de forma programada son Tamaulipas, Nuevo León y Ciudad de México con más del 30% de incidencia, siendo Chiapas el estado con menor incidencia con menos del 15%, por otra parte, los estados con más partos vía abdominal de forma urgente son Tlaxcala, Aguascalientes y Baja California con más del 25% de incidencia,

siendo Chihuahua el estado con menor incidencia con menos del 20%.

En Aguascalientes, los indicadores de calidad, técnica e interpersonal, nos informa acerca de nacimientos vía abdominal, desde el 2017 al 2022, siendo estos los siguientes resultados: 2017 (36.47%), 2018 (36.54), 2019 (35.44%), 2020 (34.8%), 2021 (40.26%), 2022 (39.96%).

APLICABILIDAD Y FACTIBILIDAD

Hoy en día, con todos los avances médicos y las evidencia a través de estudio, la atención de la mujer gestante nunca debe de perder la perspectiva humanística y la seguridad materno y fetal, aplicando de acuerdo con la evidencia los manejos que mejores resultados tenga y dejar de un lado los manejos innecesarios que puedan ocasionar una muy mala repercusión materno fetal, por lo que al ser un hospital de ginecología y obstetricia, contando con un adecuado servicio de urgencias, el cual cuenta con lo necesario para una valoración integral, es viable realizar dicha investigación, cumpliendo, además, con el número de paciente necesarios para llevarlo a cabo.

La población que se ve beneficiada al llevar a cabo el estudio, son todas las pacientes que curse con gestación a término clasificadas como usuarias de bajo riesgo, que se encuentren con dinámica uterina y que acudan a valoración a urgencias del Hospital de la Mujer, Aguascalientes.

La investigación tiene varios beneficios metodológicos y disciplinares. Algunos de ellos son:

Establecer estrictamente los criterios de ingreso en las mujeres gestantes a término de bajo riesgo.

Identificación de problemas y soluciones, ya que la investigación ayuda a identificar problemáticas específicas y desafíos en una disciplina y a encontrar soluciones efectivas.

El mejoramiento de la actividad médica para poder garantizar a la usuaria

consultante una atención de calidad, procurando siempre el bienestar materno fetal para obtener la menor cantidad de repercusiones negativas posibles.

Reducción en el porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas en la unidad.

Finalmente uno de los grandes y más importantes beneficios de la investigación es la adecuada aplicación de los criterios de ingreso a nuestra población blanco, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materno y resultados perinatales adversos, ya que se evitarían manejos e intervenciones innecesarias, por lo que no se sometería a situaciones de riesgos a la usuario y/o paciente y binomio, lo que a su vez se reflejaría menos costos de dichos manejos para la unidad hospitalaria así mismo de las complicaciones que pudieran presentarse.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina hoy en día ha tenido por objetivo principal en al ámbito de la obstetricia establecer protocolos de atención para las pacientes gestantes, guías para la atención del evento obstétrico, sin embargo, diversas estadísticas muestran que en muchas ocasiones la paciente al no contar con criterios de ingreso a un área de tococirugía puede establecerse en la usuaria manejos no necesarios, lo que puede llegar a repercutir de manera negativa en la salud materna como fetal.

La intervención quirúrgica, en este caso, la cesárea ha sido un avance importante en el campo de la medicina moderna, teniendo repercusiones positivas materno fetales cuando el parto por vía vaginal se encuentra contraindicado o cuando por indicación fetal se tiene que finalizar la gestación de manera inmediata para evitar efectos negativos en la madre y el feto, sin embargo, un problema actual es el incremento en los últimos años y que esta, a su vez, también puede establecer diversas complicaciones por el hecho de ser un procedimiento quirúrgico.

Se debe de tener en cuenta que, durante la atención del evento obstétrico,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

específicamente el parto vía vaginal, pueden llegar a presentarse situaciones altamente complicables que pueden poner en riesgo a la madre y el feto, aumentando la morbimortalidad para ambos y esto derivado en muchas ocasiones de la falta de criterios de internamiento en pacientes que acuden a valoración a los servicios de urgencias.

Las mujeres acuden generalmente a los servicios de urgencias cuando inician con sintomatología asociada a la dinámica uterina, pero muchas de las pacientes valoradas pueden encontrarse en una etapa latente. Diversos estudios en la actualidad han demostrado que no aporta beneficio su ingreso precoz hasta que se alcance la etapa activa ya que la mayoría de las pacientes al estar con actividad uterina pero sin encontrarse en una etapa activa ocasiona más tiempo de espera, generando desesperación en la usuaria y familiares, pudiendo aplicarse procedimientos de manera precipitada que pudiesen no aplicarse en paciente que se ingresan en una etapa activa y que pueden llegar a repercutir en el bienestar fetal.

Contamos con la NOM-007 que se enfoca en la mujer gestante, haciendo énfasis en la necesidad de disminuir el porcentaje de intervenciones quirúrgicas y hacer prioridad el parto vía vaginal y con ellos disminuir las complicaciones materno fetales.

Existen diversos estudios internacionales así como nacionales que han tratado de demostrar la asociación de las complicaciones materno fetales en pacientes que no debían ser ingresadas a un área de labor, muchos de ellos con una cierta diferencia en variables pero con el mismo objeto de estudio, muchos de ellos incluyendo a la cesárea como parte de las complicaciones ya que al someter a las pacientes a manejos innecesarios que tal vez no se establecen en pacientes que ingresan con las condiciones establecidas por las guías que nos rigen, originan situaciones que pueden repercutir en el bienestar materno fetal, aumentando el número de cesáreas y así mismo, incrementando las complicaciones que pudiesen presentarse en la atención del trabajo de parto.

La importancia de la aplicabilidad de los criterios de internamiento en las pacientes de bajo riesgo que soliciten valoración médica es evitar las complicaciones derivadas del mal empleo o desconocimientos de los criterios de internamiento, ya que diversos estudios ponen en manifiesto que no solo se compromete la seguridad en materia de salud de madre sino del feto.

Por lo tanto, es de vital importancia apearse a las recomendaciones establecidas en las diversas guías a fines, sin embargo, también hay que tener en cuenta que se debe tener una valoración previa de la paciente y el caso para así, de acuerdo al contexto del mismo poder aplicar de manera adecuada las recomendaciones. Todo lo anterior, con el objetivo de poder lograr una atención de calidad, aplicando procedimientos de acuerdo a los recursos con los que se cuenta y desechar procedimientos innecesarios que puedan comprometer la salud materno fetal y así mismo reducir de la morbi-mortalidad materno fetal de las pacientes que soliciten atención en urgencias de nuestra unidad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles fueron las principales complicaciones materno-fetales de las pacientes con embarazo a término de bajo riesgo, valoradas en el servicio de urgencias e ingresadas a tococirugía aun con falta de criterios de ingreso en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes?

HIPOTESIS

Hipótesis nula (H0)

No existe una diferencia significativa en la aparición de complicaciones materno-fetales entre las pacientes ingresadas al área de tococirugía sin criterios de ingreso y la vía de finalización del embarazo (parto vaginal o cesárea).

Hipótesis del trabajo (H1)

Existe una diferencia significativa en la aparición de complicaciones materno-fetales entre las pacientes ingresadas al área de tococirugía sin criterios de ingreso y la vía de finalización del embarazo (parto vaginal o cesárea).

OBJETIVOS

General:

- Identificar las mayores complicaciones materno fetales derivadas de falta de criterios de ingreso en la unidad de urgencias del Hospital de la Mujer Aguascalientes.

Particulares:

- Identificar qué porcentaje total de pacientes de la muestra analizada cumple con control prenatal adecuado.
- Determinar los motivos de finalización de la gestación vía abdominal en gestantes que no cuentan con criterios de ingreso al área de tococirugía de nuestra unidad.
- Detallar el uso de analgesia obstétrica como recurso para acortar tiempo de trabajo de parto.
- Asociar el número de paciente que requirieron transfusión sanguínea y vincular factores de riesgos asociados.
- Calcular porcentaje global de parto y cesárea de pacientes que no cuentan con criterios de ingreso al área de tococirugía del Hospital de la Mujer.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

- TIPO DE ESTUDIO: De acuerdo al contenido y estudiado, se considera un estudio analítico, de acuerdo a la secuencia temporal es un estudio longitudinal, de acuerdo a los factores en estudio se considera observacional, estudio de cohorte y, finalmente, en relación a la cronología de los hechos, es un estudio retrospectivo.
- POBLACIÓN DE ESTUDIO: gestantes de 37 a 40.6 semanas de gestación del Hospital de la Mujer Aguascalientes con gestación de bajo riesgo, a quienes se les ingreso al área de tococirugía sin tener criterios de ingreso, del año 2023, de acuerdo a lo establecido en la guía de práctica clínica mexicana: vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, actualización 2019.
- TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se tomó en cuenta el número total de nacimiento por año en nuestra unidad hospitalaria correspondiente al año 2023, que fue de 5,462 nacimiento, por lo que se utilizó la formula del tamaño de muestra para poblaciones finitas

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población (5,462 nacimientos)

Z = Valor de la distribución normal estándar para un nivel de confianza determinado (por ejemplo, 1.96 para un nivel de confianza del 95%).

p = Proporción esperada (0.5 si no se conoce)

$q = 1 - p$ (0.5 si no se conoce p)

e = Margen de error aceptable (por ejemplo, 0.05 para un error del 5%)

Por lo que, si el nivel de confianza es del 95%, el valor de Z será de 1.96, entonces, la proporción esperada, p será de 0.5, esto para maximizar la variabilidad y así poder obtener el tamaño de muestra más conservador, teniendo un margen de error, e de 0.05, por lo que el tamaño de la muestra necesaria para la investigación, con un nivel de confianza del 95% es de aproximadamente 359 pacientes, por lo que simplificando la fórmula, quedaría de la siguiente forma:

$$n = \frac{5462 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(5462 - 1) \cdot (0.05)^2 + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{5462 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{5461 \cdot 0.0025 + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{5254.896}{14.1525 + 0.9604}$$

$$n = \frac{5254.896}{15.1129}$$

$$n = 358.98$$

Por lo tanto, el tamaño de la muestra calculado es de 359 pacientes.

- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIBALE	ESCALA DE MEDICIÓN
Paciente sana/bajo riesgo	Es una mujer embarazada que tiene pocas probabilidades de experimentar complicaciones durante la gestación y la atención del evento obstétrico. Este perfil de riesgo bajo generalmente se basa en la ausencia de factores que puedan complicar el embarazo.	Cualitativa nominal	Si, No
Control Prenatal	Es un conjunto de atenciones médicas y educativas que se brindan a una mujer embarazada para supervisar el progreso de su embarazo y garantizar el bienestar materno fetal, que según la	Cuantitativa nominal	Adecuado control prenatal (5 consultas), control prenatal inadecuado (1-4 consultas), sin control prenatal (0

	GPC 2017 considera 5 consultas para un adecuado control prenatal.		consultas).
Edad gestacional	Medida de tiempo transcurrido, iniciando el primer día de la fecha de última regla (FUM) hasta la fecha en que se valora la gestante, o bien, por el primer ultrasonido realizado. Se expresa en semanas y días.	Cuantitativa discreta	Semanas, días
Trabajo de parto	Proceso de un embarazo de bajo riesgo, que se desarrolla de manera espontánea, sin necesidad de intervención médica, caracterizado por contracciones uterinas regulares, ruptura de membranas y/o dilatación progresiva del cuello uterino.	Cualitativa nominal	Si, No

<p>Criterios de ingreso</p>	<p>Son los factores y condiciones que determinan cuando una mujer embarazada debe ser admitida en una unidad médica, que de acuerdo con la GPC es presentar una fase del trabajo de parto en fase activa.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Si/No</p>
<p>Tiempo de trabajo de parto</p>	<p>Es la duración total del proceso desde su ingreso al área de tococirugía hasta el nacimiento del bebe.</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>	<p>Horas</p>
<p>Bishop</p>	<p>Es una herramienta clínica utilizada para evaluar la preparación cervical, particularmente antes de inducirlo, siendo no favorable cuando presenta 6 puntos o menos y favorable cuando presenta más de 6 puntos.</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>Favorable, No favorable</p>
<p>Escala Apgar</p>	<p>La escala de Apgar</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Normal,</p>

	<p>es un método rápido y simple que valora condiciones del bebé posterior al nacimiento. Valora cinco condiciones, cada uno con una puntuación de 0 a 2, con un máximo total de 10 puntos: coloración de la piel, pulsaciones cardíacas, gesticulación, respuesta estimuladora y actividad.</p>	<p>politémica</p>	<p>moderadamente deprimido, severamente deprimido.</p>
<p>Escala Silverman-Andersen</p>	<p>Herramienta utilizada para evaluar la dificultad respiratoria en recién nacidos. Esta escala ayuda a determinar la gravedad de la insuficiencia respiratoria y la necesidad de intervención médica, con puntuación del 0 al 10.</p>	<p>Cualitativa nominal politémica</p>	<p>Sin dificultad respiratoria, dificultad leve, dificultad moderada, dificultad severa</p>

<p>Capurro</p>	<p>Herramienta que se usa para determinar la edad de gestación del recién nacido a través de ciertas características de tipo neuromusculares y físicas. Ayuda a clasificarlos en prematuros, término o postérmino.</p>	<p>Cualitativa nominal politómica</p>	<p>Prematuro, término, Término tardío, postérmino</p>
<p>Amniorraxis</p>	<p>Es la ruptura de las membranas amnióticas, lo cual provoca la liberación de líquido contenido en ellas.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Espontanea/ Artificial</p>
<p>Vía de interrupción</p>	<p>Vía por la cual se obtiene el producto de la gestación.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Parto/cesárea</p>
<p>Hemorragia obstétrica</p>	<p>Sangrado excesivo presente en la gestante, que puede presentarse en el transcurso del mismo o en la atención del evento obstétrico, determinándolo cuando se presente</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>Si/No</p>

	500 ml vía vaginal o mayor a 1000 ml si se trata de parto vía cesárea según FIGO (marzo 2022).		
Analgesia obstétrica	Es el uso de medicamentos y técnicas disminución de la percepción del dolor en gestante con dinámica uterina establecida.	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No
Trabajo de parto en fase latente	Es la primera etapa en la cual se producen contracciones de forma irregulares, provocando la dilatación cervical que va hasta 4 cm de dilatación.	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No
Trabajo de parto en fase activa	Es la etapa dos en la que se hace presente una progresión más rápida y más intensa en comparación con la fase latente, donde la dilatación progresa de 5 cm a la	Cualitativa nominal dicotómica	Si/No

	dilatación completa.		
Niveles de hemoglobina	Es una medida de cuantificación en la que se determina que cantidad de hemoglobina se encuentra en la sangre. Estos varían según la edad, el género y otros factores. Un nivel bajo de hemoglobina puede indicar anemia, pérdida de sangre, trastornos crónicos, etc.	Cualitativa nominal dicotómica	Sin anemia, anemia grado I, anemia grado II, anemia grado III, anemia grado IV
Estancia hospitalaria	Es el periodo de tiempo que un paciente pasa en un hospital para recibir tratamiento o cuidado médico. Puede variar en duración dependiendo del motivo de la hospitalización, que puede incluir diversos manejos.	Cuantitativa discontinua	Días

Tabla 8. Operacionalización de variables

- SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico, por conveniencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestación mayor a 37 semanas
Paciente de bajo riesgo
Paciente sin enfermedad de base
Paciente con trabajo de parto

Tabla 9. Criterios de inclusión

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Periodo intergenésico corto
Cesárea iterativa
Diabetes gestacional
Hipertensión arterial crónica
Enfermedad hipertensiva clasificada
Lupus eritematoso sistémico
Malformaciones fetales
Óbito

Tabla 10. Criterios de exclusión

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Documentación no completa

Tabla 11. Criterios de eliminación

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

INSTRUMENTOS:

1. Hoja de criterios de inclusión (ANEXO A)
2. Formato de base de datos diseñada para el estudio (ANEXO B)
3. Se recolecta la información a través del expediente clínico físico, historia clínica, hoja de enfermería, hoja del recién nacido, partograma, nota del evento obstétrico en hoja de captura de recolección de datos.

LOGÍSTICA:

1. Se revisaron aproximadamente 700 a 1,000 expedientes con diagnóstico de atención de parto y clave estadística 0800, sin alguna patología concomitante, de gestantes con dinámica uterina establecida y solicitaron atención en nuestra unidad hospitalaria, quedando un muestreo con 360 expedientes en base a criterios de selección y eliminación.
2. Para acceder a la revisión de la información de interés a fines, se requirió apoyo del área de archivo hospitalario y área de UAD mediante oficio firmado por los jefes de enseñanza correspondiente a nuestra unidad hospitalaria (ANEXOS C Y D).
3. Para poder realizar este estudio y obtención de resultados, se diseñó específicamente para este estudio una base de captura de datos en formato Excel para recopilación y captura de información de interés y específica (ANEXO B).
4. Se documentaron las características estadísticas de cada paciente: nombre, apellidos, edad, número de expediente.

5. Se documentaron las características propias del embarazo y de su ingreso al servicio de tococirugía: edad gestacional, número de consultas de control prenatal, Bishop al ingreso, así como en el servicio de tococirugía al corroborar exploración ginecológica, dilatación y borramiento, hora de ingreso, hora de amniorrexis, hemoglobina a su ingreso, vía y hora de interrupción.
6. Registro del recién nacido: Capurro, Apgar, Silverman.
7. Registro de complicaciones asociadas al estudio: cuantificación de sangrado, complicaciones materno fetales, días de estancia, requerimiento de transfusión sanguínea.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos que se obtuvieron de los expedientes como el nombre, edad, número de expediente, control prenatal, edad gestacional, dilatación, borramiento, Bishop, motivo de ingreso, amniorrexis, uso de oxitocina, aplicación de analgesia obstétrica, vía de resolución, hemoglobina, hora de nacimiento, Apgar, Silverman, Capurro, sangrado, transfusión sanguínea, ingreso del recién nacido, motivo de cesárea, complicaciones asociadas, días de estancia intrahospitalaria, en hoja de Excel, realizada por médico residente específicamente para este estudio y revisada por el comité a cargo para su validez de contenido.

Se realizó un análisis de frecuencia y descriptivo utilizando medidas de tendencia central para las variables cualitativas, así como la prueba de chi cuadrado de Pearson para establecer la relación estadística significativa de una variable con otra.

Se utilizó el SPSS como herramienta para el análisis estadístico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se apega con lo que establece la ley general de salud del estado de Aguascalientes en el artículo 100, en la que la investigación en seres humanos se desarrolla en base a los siguiente:

1. Se cumplió con las cuestiones éticas y científicas que buscan soluciones de un problema de salud y el desarrollo en área de ciencias de la salud.
2. Se realizo la confidencialidad y anonimato de los datos extraídos del expediente clínico y con la autorización de la institución en donde se desarrolló el estudio.

El presente protocolo cumple con los lineamientos asentados en la declaración de Helsinki. No va en contra de las regulación y normas internaciones de la buena práctica en investigación clínica.

Se apega y se encuentra dentro de las normas de sanidad para investigación de nuestro país, en base al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, acorde al artículo 17.

Para la realización del estudio no fue necesario el consentimiento informado especifico, ya que no se compromete la integridad de la madre ni del feto, y la información se obtuvo a través del expediente clínico.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos humanos: residente, médico ginecoobstetra, instructor metodológico, personal laboral de estadística y archivo.

Recursos materiales: computadora personas, impresora, hojas blancas tamaño carta y oficio, expedientes clínicos, plumas

Recursos financieros: ninguno en específico.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

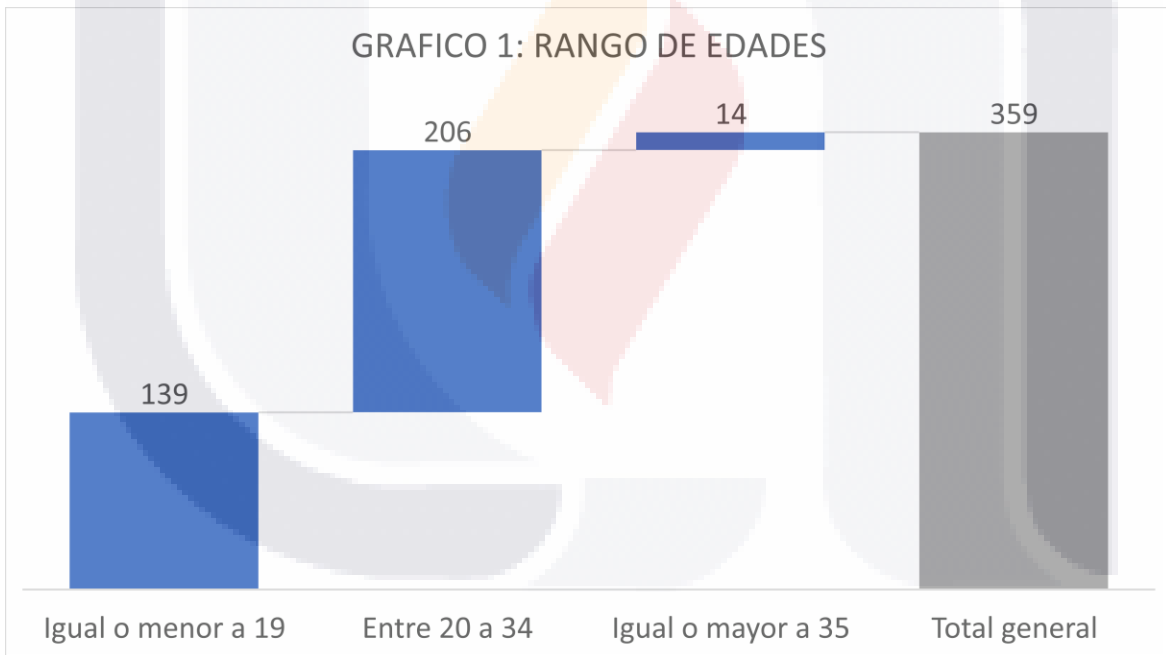
AÑO 2024

ACTIVIDAD	MES												
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PLANEACIÓN DEL PROYECTO	P	X	X										
	R		X										
COLECTA DE MUESTRAS	P			X	X	X							
	R			X	X	X							
COLECTA DE DATOS	P			X	X	X							
	R			X	X	X							
ELABORACIÓN DEL PROYECTO	P						X	X	X	X	X		
	R						X	X					
RECOLECCIÓN DE RESULTADOS	P										X	X	
	R										X		
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES	P										X	X	
	R											X	
ENTREGA DE REPORTE FINAL	P											X	X
	R											X	

RESULTADOS

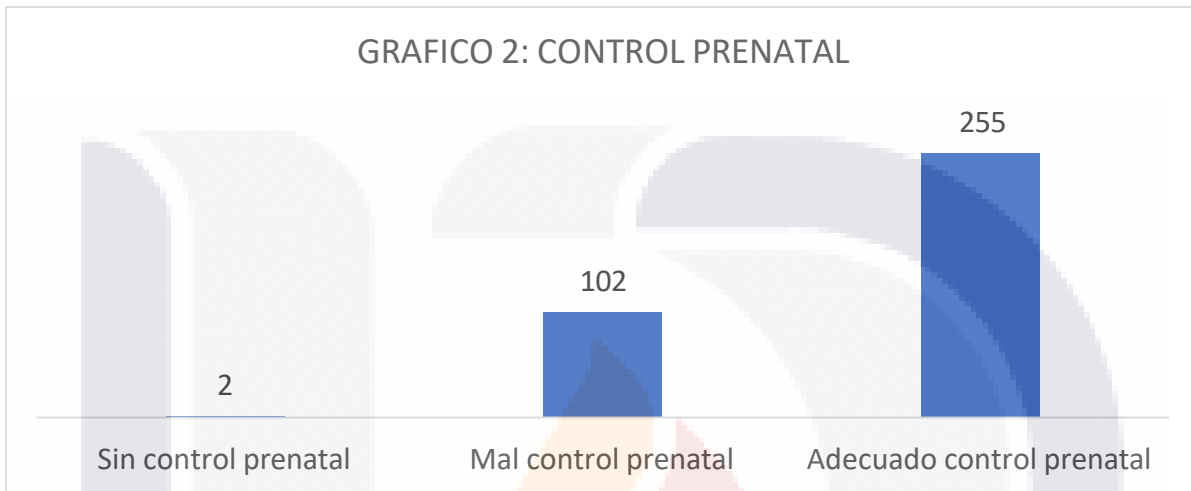
En este estudio se incluyeron 359 pacientes con embarazos únicos, de término, de bajo riesgo, valoradas en el área de urgencias, que no contaban con criterios de ingreso al área de tococirugía y que, sin embargo, se ingresaron, posteriormente se analizaron cuáles fueron las complicaciones materno fetales que se presentaron al momento de la finalización de la gestación, independientemente de la vía de finalización de la gestación.

Las pacientes se dividieron en tres grupos de edades, teniendo un 39% de madres adolescente o madres de 19 años o menos, un 57% de entre 20 y 34 años de edad y finalmente un 4% consideradas edad materna avanzada o edad mayor o igual a 35 años, no fue significativo:



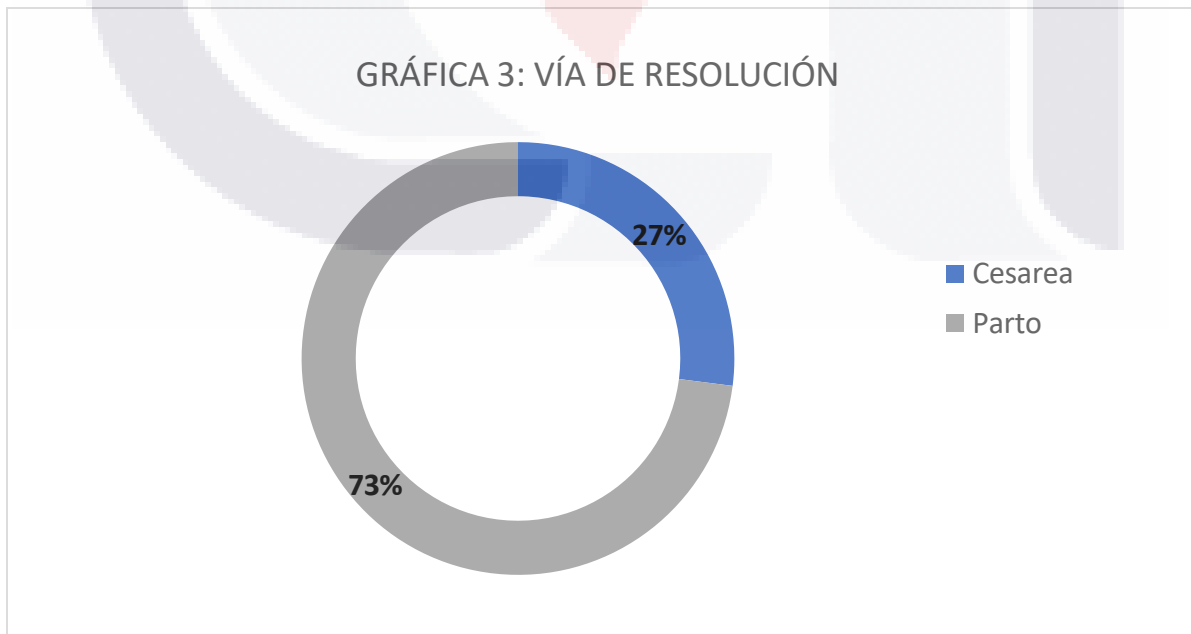
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

Así mismo, de la población incluida en este estudio, el 71% tuvo un adecuado control prenatal, es decir, cinco consultas como mínimo, un 28% tuvo un inadecuado control prenatal, haciendo referencia a un rango de una a cuatro consultas y solo 1% de la población no tuvo control prenatal, es decir, ninguna consulta de control prenatal, no fue significativo.



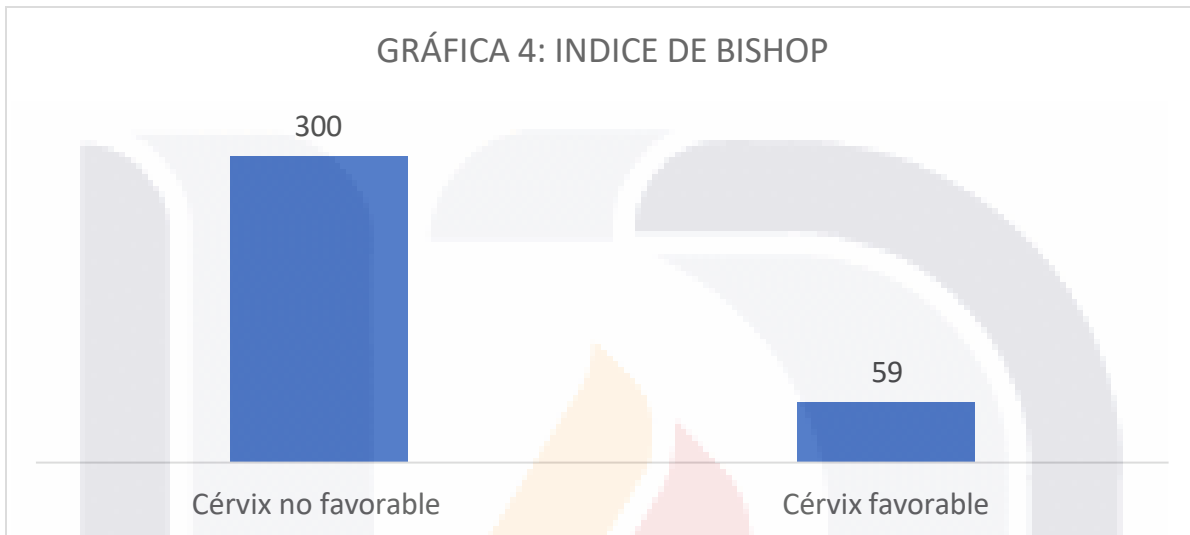
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

La finalización del embarazo la dividimos en dos grupos: parto vía vaginal y vía cesárea. Se finalizó la gestación vía parto vaginal en el 73% de la población, mientras que por parto vía cesárea en el 27%, no fue significativo:



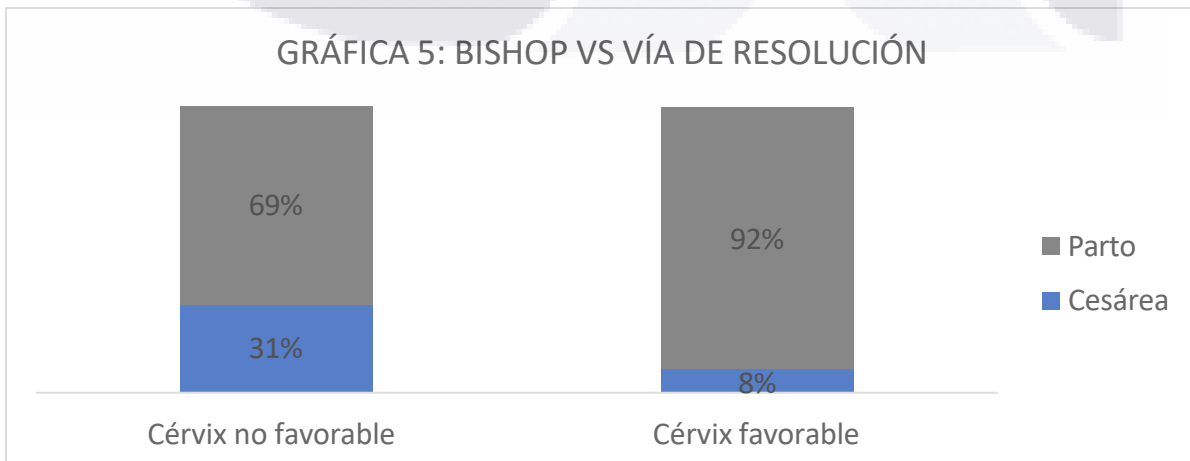
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

Así mismo, todas las pacientes, desde su valoración en el área de urgencias, dependiendo las condiciones cervicales, tenían una puntuación para evaluar la madurez cervical para la preparación de la inducción del parto, misma que se corrobora en el área de tococirugía y que se muestra en el siguiente grafico, no fue significativo:



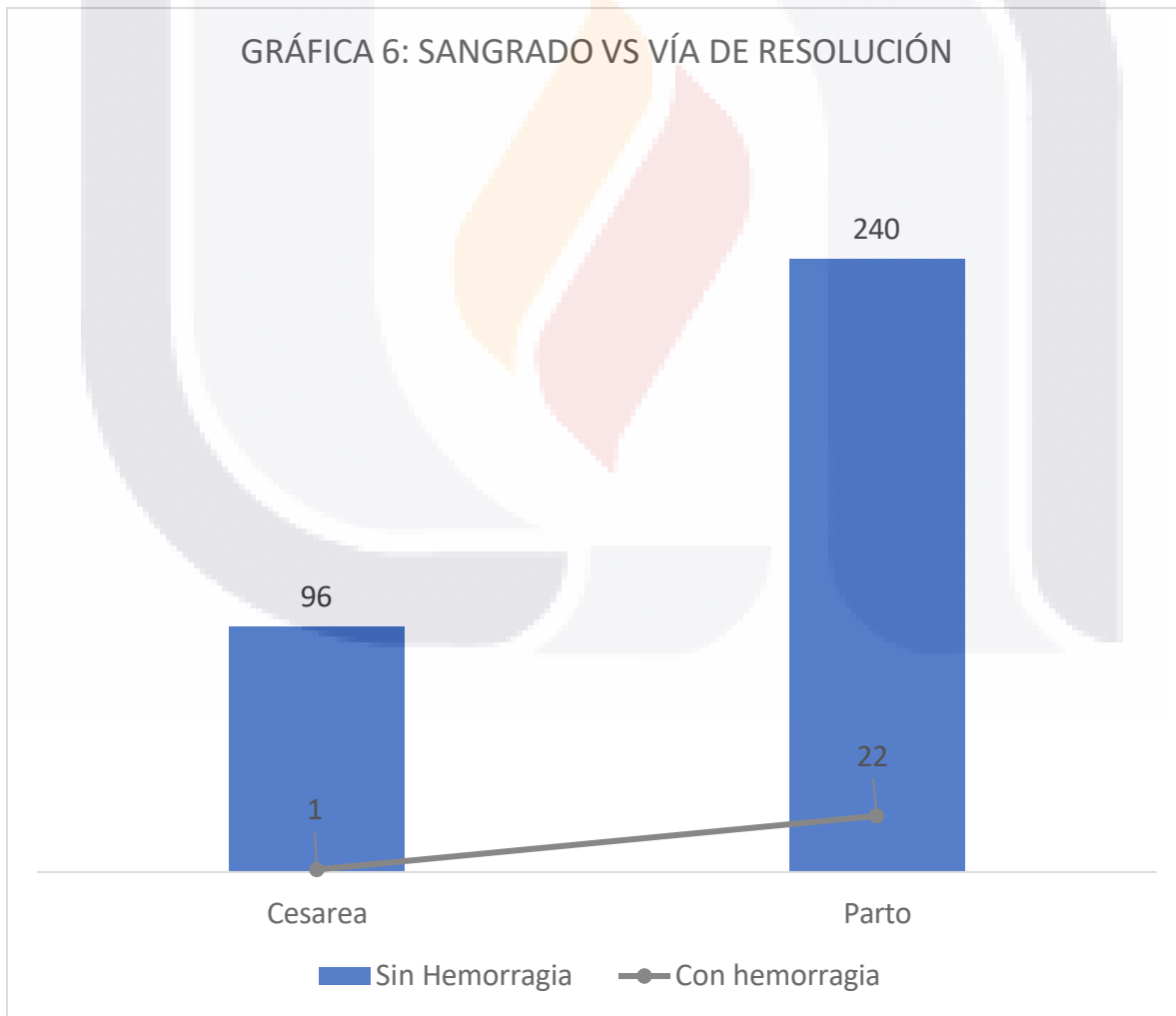
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

En el siguiente grafico se evidencia que la madurez cervical, mediada por el índice de Bishop, factor predictivo importante en la elección de la vía de resolución del embarazo. Un cérvix no favorable se asociarse con una mayor frecuencia de cesáreas, mientras que un cérvix favorable facilita un parto vaginal, no fue significativo.



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

En la siguiente gráfica podemos observar el sangrado de acuerdo con la vía de resolución. Es importante hacer la distinción de ambas vías puesto que para considerar hemorragia obstétrica la cuantificación del sangrado dependía de la vía de nacimiento. Podemos observar que 240 partos vía vaginal, 22 cursaron con hemorragia obstétrica, en contraparte, de 96 partos vía cesárea, solo 1 curso con hemorragia obstétrica, concluyendo que solo el 6% de la población curso con hemorragia obstétrica, siendo esta más frecuente en los partos vía vaginal. Así mismo, Todos los análisis indican que existe una asociación significativa entre "Resolución" y "Sangrado". Esto implica que la distribución del "Sangrado" cambia dependiendo de la categoría de "Resolución", y esta relación es estadísticamente significativa, dado que el valor de P es menor a 0.05, como se muestra en las tablas de contingencias y en la tabla de chi cuadrado.



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

Tabla 12 Contingencia sangrado y vía de resolución

		Sangrado		Total
		Sin Hemorragia	Con Hemorragia	
Resolución	Parto	240	22	262
	Cesárea	96	1	97
Total		336	23	359

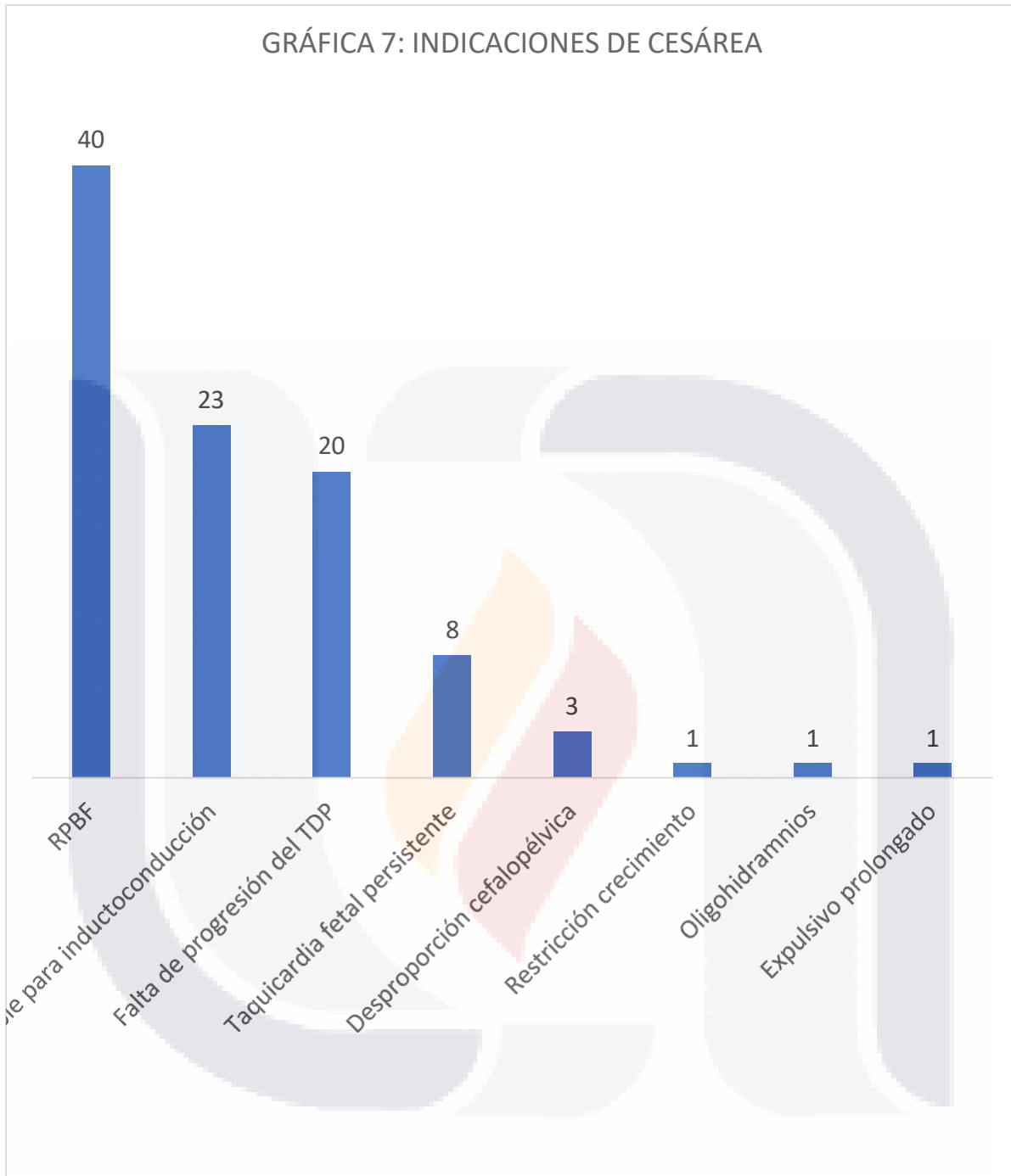
Fuente: Cálculo estadísticos en SPSS

Tabla 13. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.406(b)	1	.011		
Corrección por continuidad(a)	5.236	1	.022		
Razón de verosimilitudes	8.655	1	.003		
Estadístico exacto de Fisher				.008	.006
Asociación lineal por lineal	6.388	1	.011		
N de casos válidos	359				

Fuente: Cálculo estadísticos en SPSS

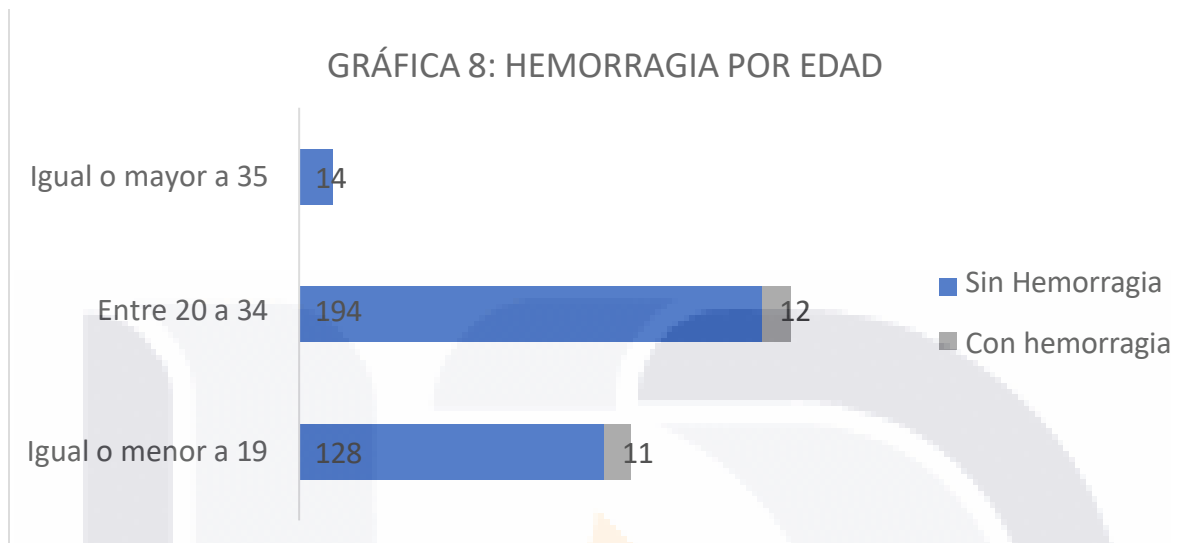
Dada la gráfica anterior, los principales motivos de finalización del embarazo vía abdominal son los que se muestran en el grafico siguiente, siendo los tres principales motivos el riesgo de pérdida del bienestar fetal, cérvix desfavorable para inductoconducción y la falta de progresión del trabajo de parto, no fue significativo.



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

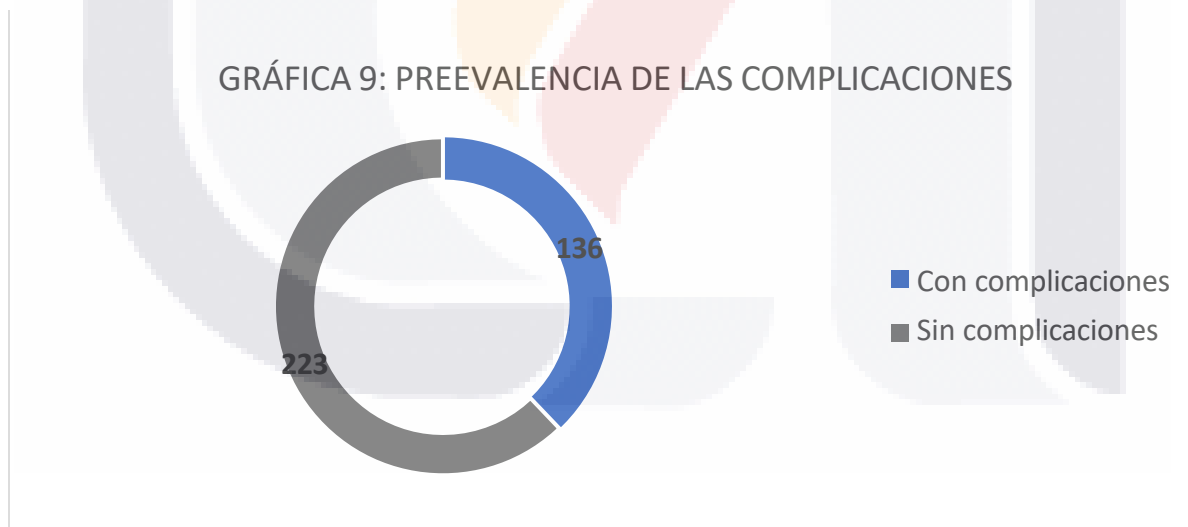
Así mismo, como a las pacientes las dividimos en tres grupos de edad importantes, entre ellos, madres adolescentes y edad materna avanzada, relacionamos el grupo de edad con el sangrado, concluyendo que las madres adolescentes y el grupo de edad entre 20 a 34 años son las propensas a presentar hemorragia obstétrica, en contraparte con las pacientes de edad materna

avanzada, en las que se observó que ninguna de nuestra población presento hemorragia, tal como se observa en el siguiente grafico, no fue significativo:



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

La población total se dividió en dos grandes grupos generales en cuanto a las complicaciones maternas: las que no cursaron con complicaciones y las que si cursaron con complicaciones como se muestra en el siguientes grafico:



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

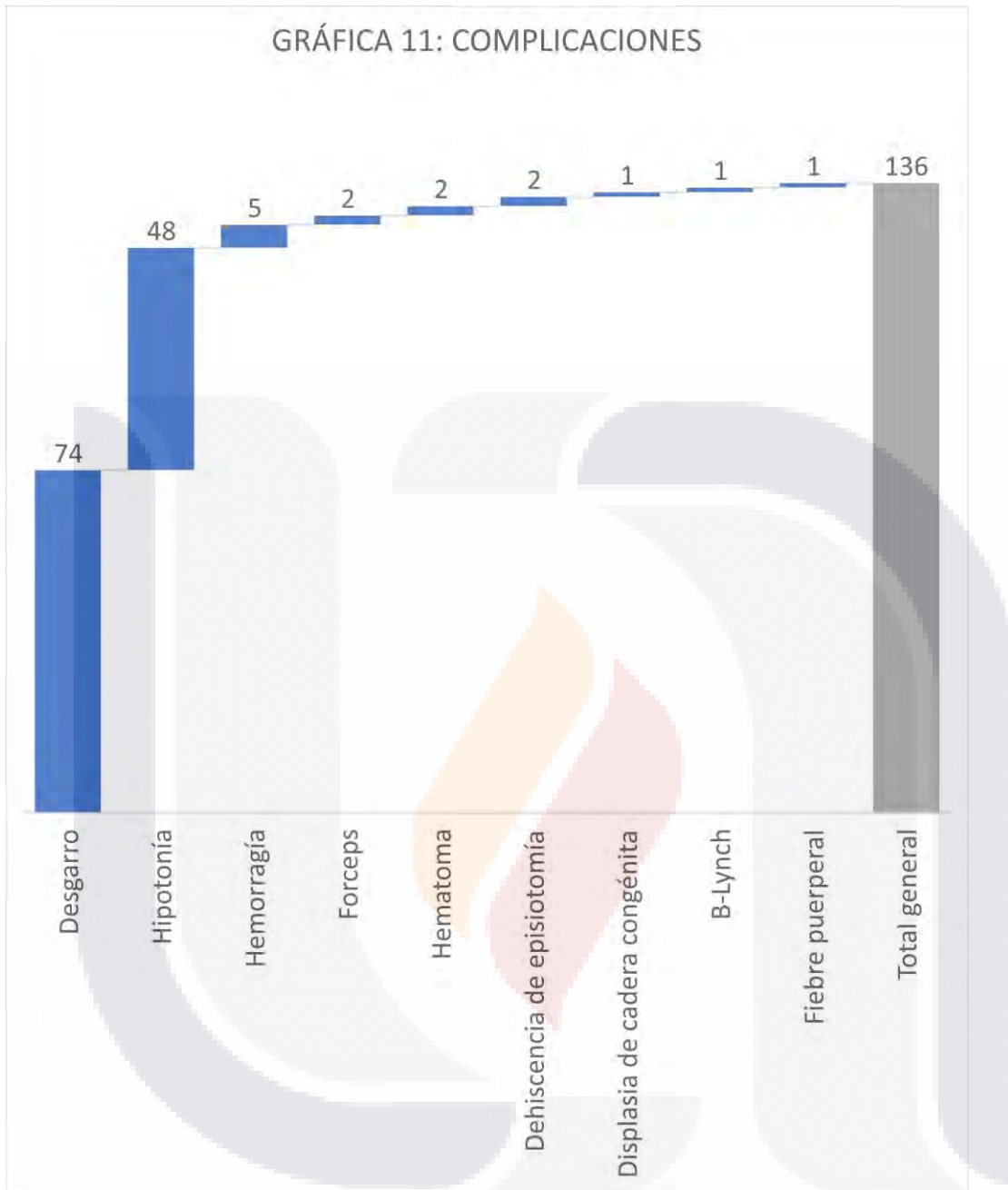
Posteriormente se dividió la prevalencia de complicaciones de acuerdo a vía de resolución, concluyendo que mediante parto vía vaginal 49% de las pacientes tuvieron algún tipo de complicación relacionada con el mismo, mientras que por parto vía cesárea solo el 8% tuvieron complicaciones, no fue significativo:

GRÁFOICA 10: COMPLICACIONES POR VÍA DE RESOLUCIÓN



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

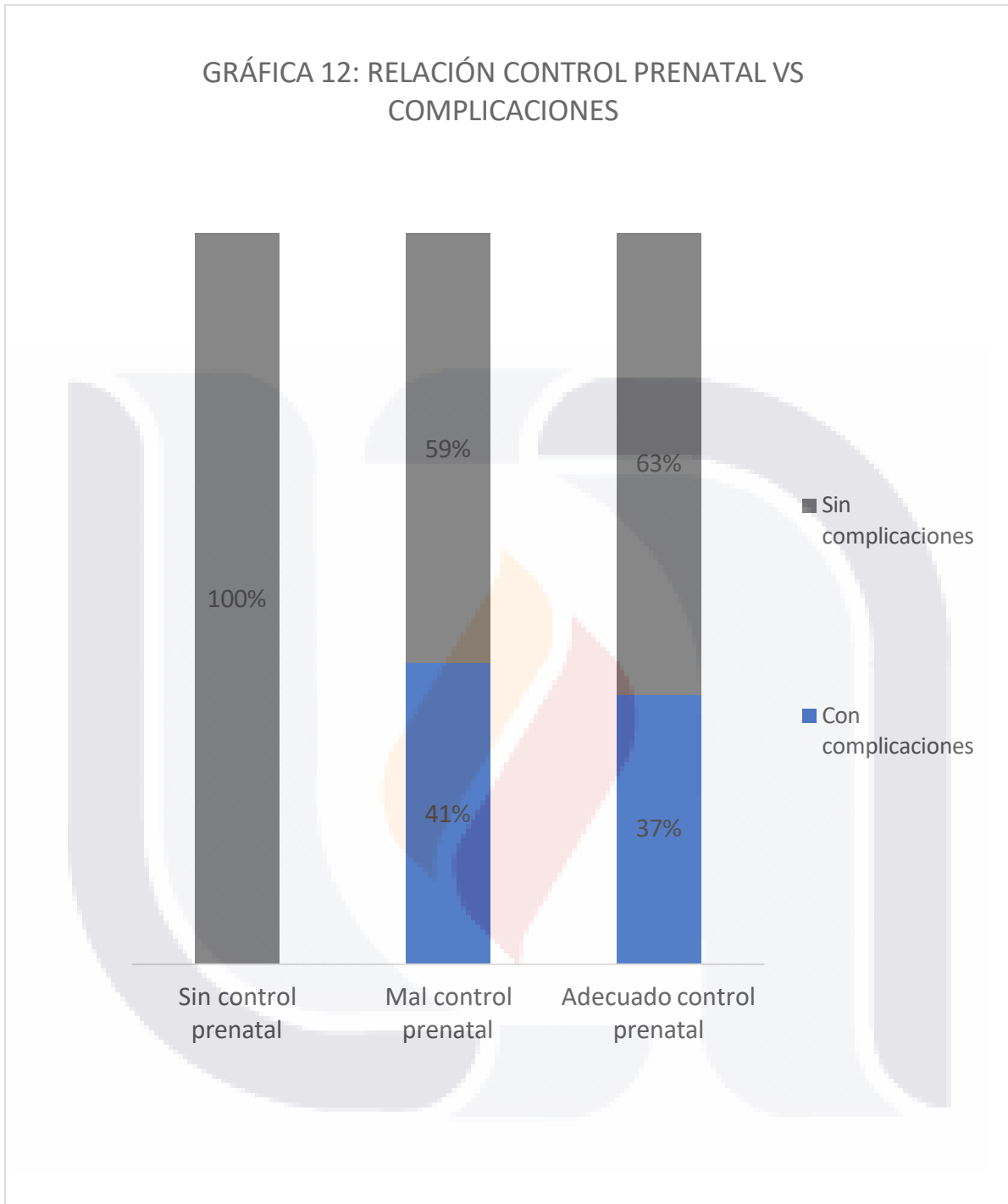
De las 136 pacientes en total que tuvieron complicaciones, las complicaciones que más se presentaron fueron las siguientes que se muestran en el gráfico, siendo el desgarro la mayor complicación, seguido de la hipotonía y en tercer lugar la hemorragia obstétrica, con la clasificación de la FIGO del mes de marzo del año 2022, no fue significativo.



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

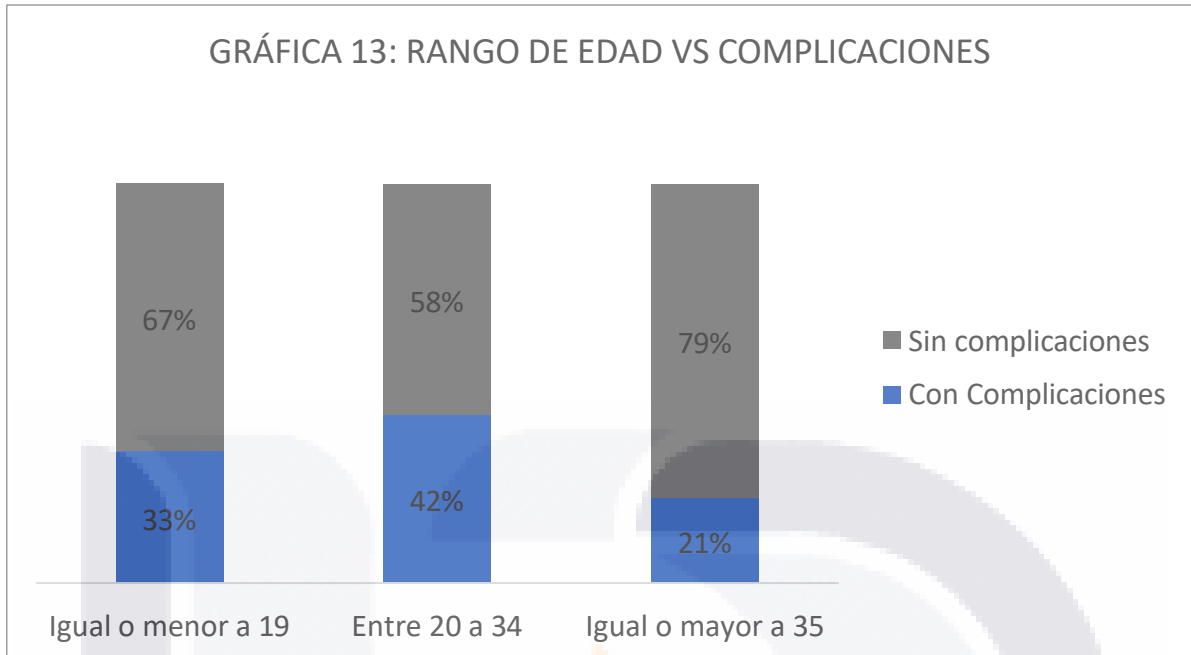
El siguiente gráfico, se determinó que las pacientes que llevaron un inadecuado control prenatal son las que presentaron mayores complicaciones. Determinaron que las que no llevaron control prenatal no fue una muestra significativa en comparación con los otros dos grupos, no fue significativo:

GRÁFICA 12: RELACIÓN CONTROL PRENATAL VS COMPLICACIONES



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

Así mismo, podemos observar, que, por rango de edad, las pacientes del rango entre 20 y 34 años de edad son las que más complicaciones presentaron, y las pacientes de edad materna avanzada, es decir, las de más de 35 años de edad, fueron las pacientes que menos complicaciones tuvieron, como se muestra en el siguientes grafico:



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

Así mismo, de acuerdo al análisis estadístico, hay una asociación significativa entre la variable categorizada, en este caso el rango de edad y las complicaciones, según lo muestran tanto el chi-cuadrado de Pearson como la Razón de verosimilitudes, siendo el valor de P menor a 0.05, como se muestra en la siguiente tabla de contingencia y pruebas de chi cuadrado:

Tabla 14. Contingencia

		Complicaciones			Total
		0	1	2 o más	
Edad	≤19 años	93	31	15	139
	20-34 años	119	74	13	206
	≥35 años	11	3	0	14
Total		223	108	28	359

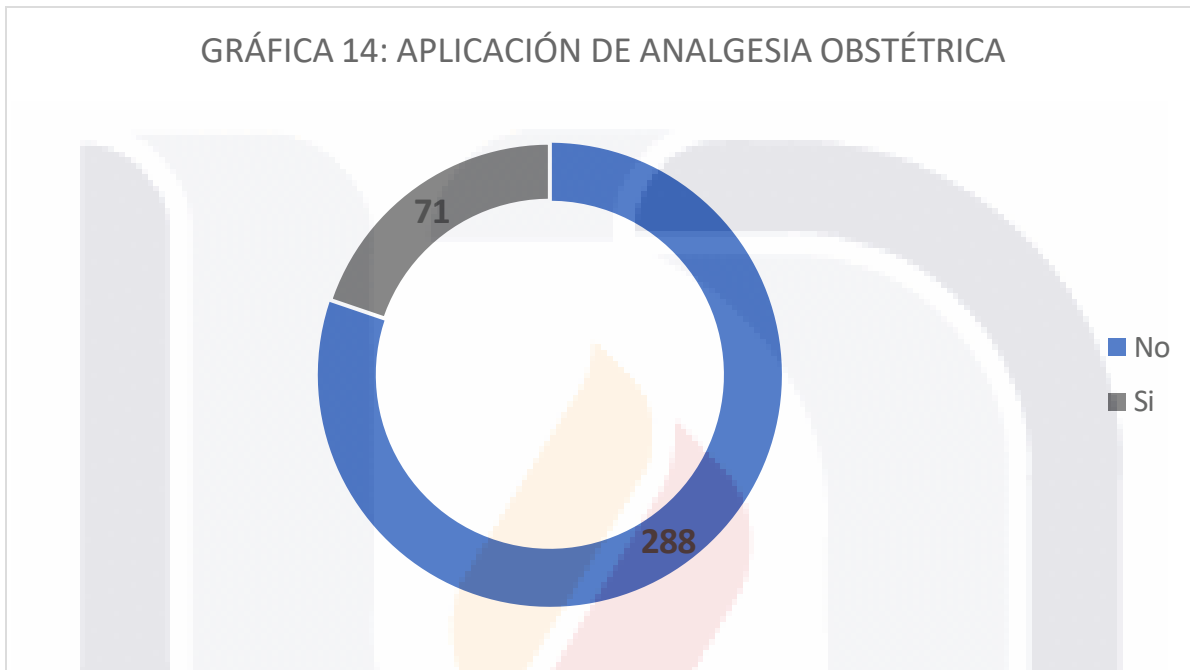
Tabla 15. Pruebas de chi-cuadrado

Fuente: Cálculo estadísticos en SPSS

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.504(a)	4	.033
Razón de verosimilitudes	11.600	4	.021
Asociación lineal por lineal	.018	1	.893
N de casos válidos	359		

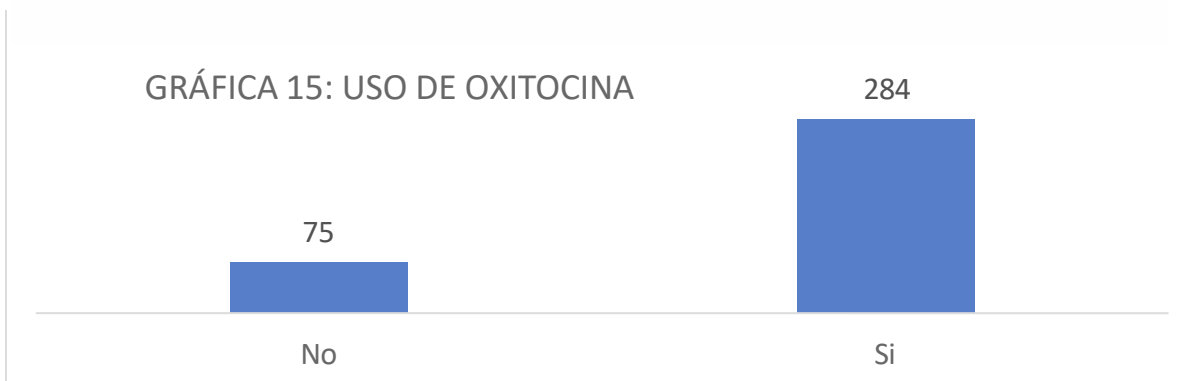
Fuente: Cálculo estadísticos en SPSS

De acuerdo a la guía de práctica clínica, todas las pacientes que no cuenten con criterio de ingreso al área de tococirugía y se ingresen, tienen más probabilidad de requerir de analgesia epidural, por lo que se muestra en el siguiente gráfico, teniendo que el 18% de las pacientes se les aplico analgesia obstetricia, no fue significativo.



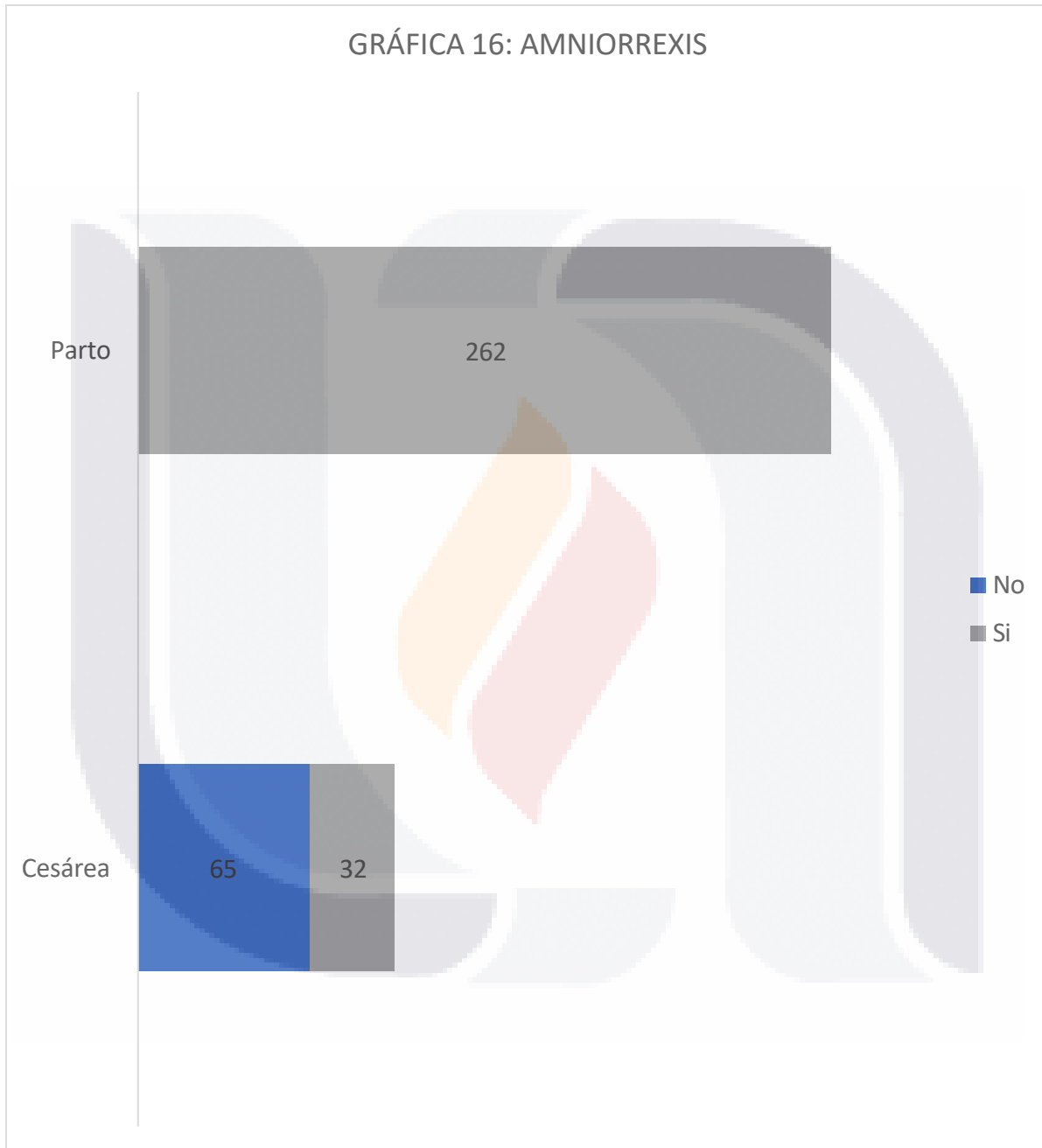
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

Por otro lado, al ingresar a las pacientes en trabajo de parto en fase latente, o bien, sin criterio de hospitalización, tuvieron mayor probabilidad en el uso de oxitocina, por lo al 79% de las pacientes se les aplico oxitocina para regular el trabajo de parto, como se muestra en el siguiente grafico, no fue significativo:



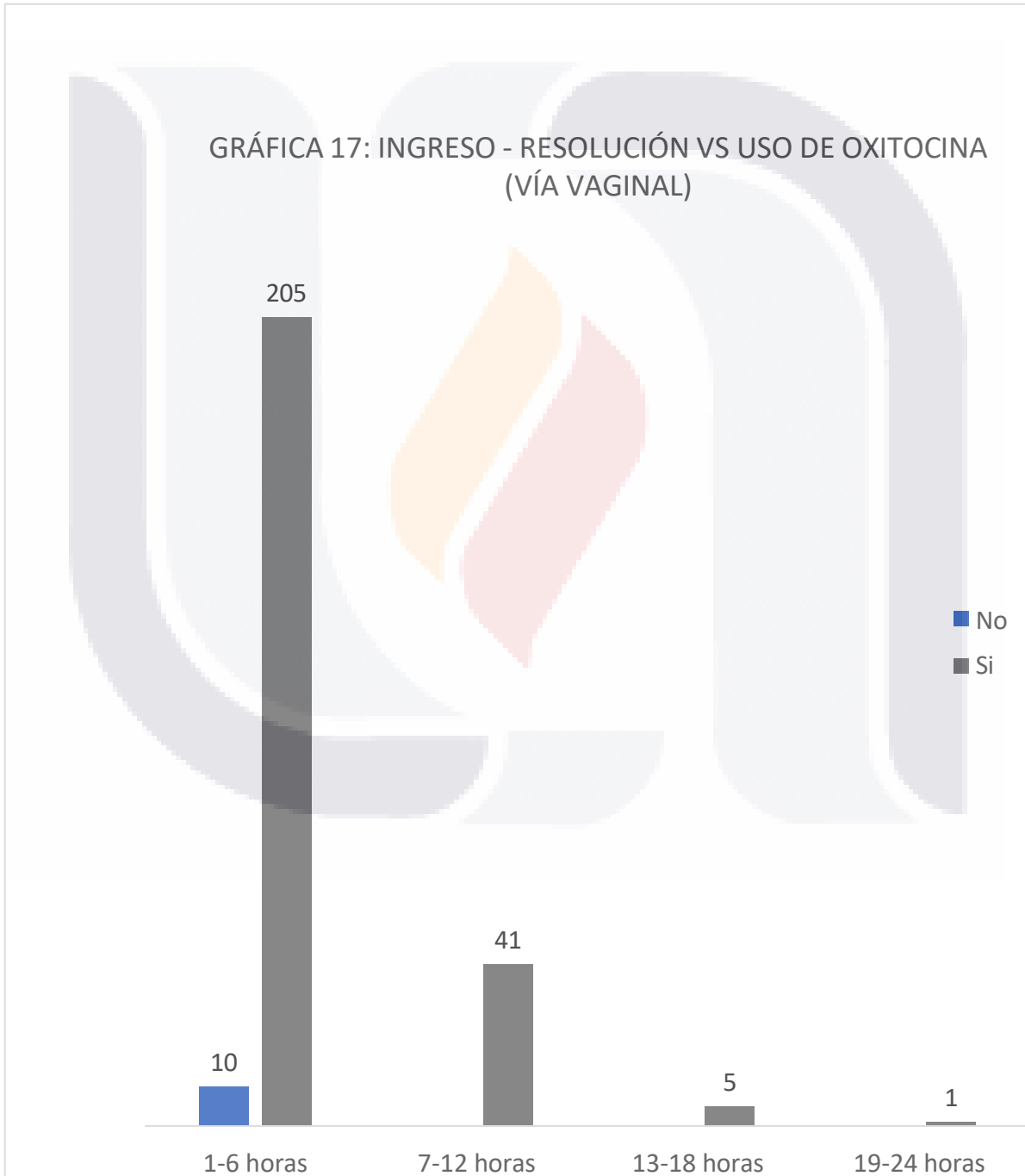
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

De las 359 pacientes del estudio, dependiendo la vía de resolución, al 100% se le realizo amniorrexis si fue parto vía vaginal y solo al 49% si fue parto vía cesárea, como se muestra en el siguiente gráfico, no fue significativo.



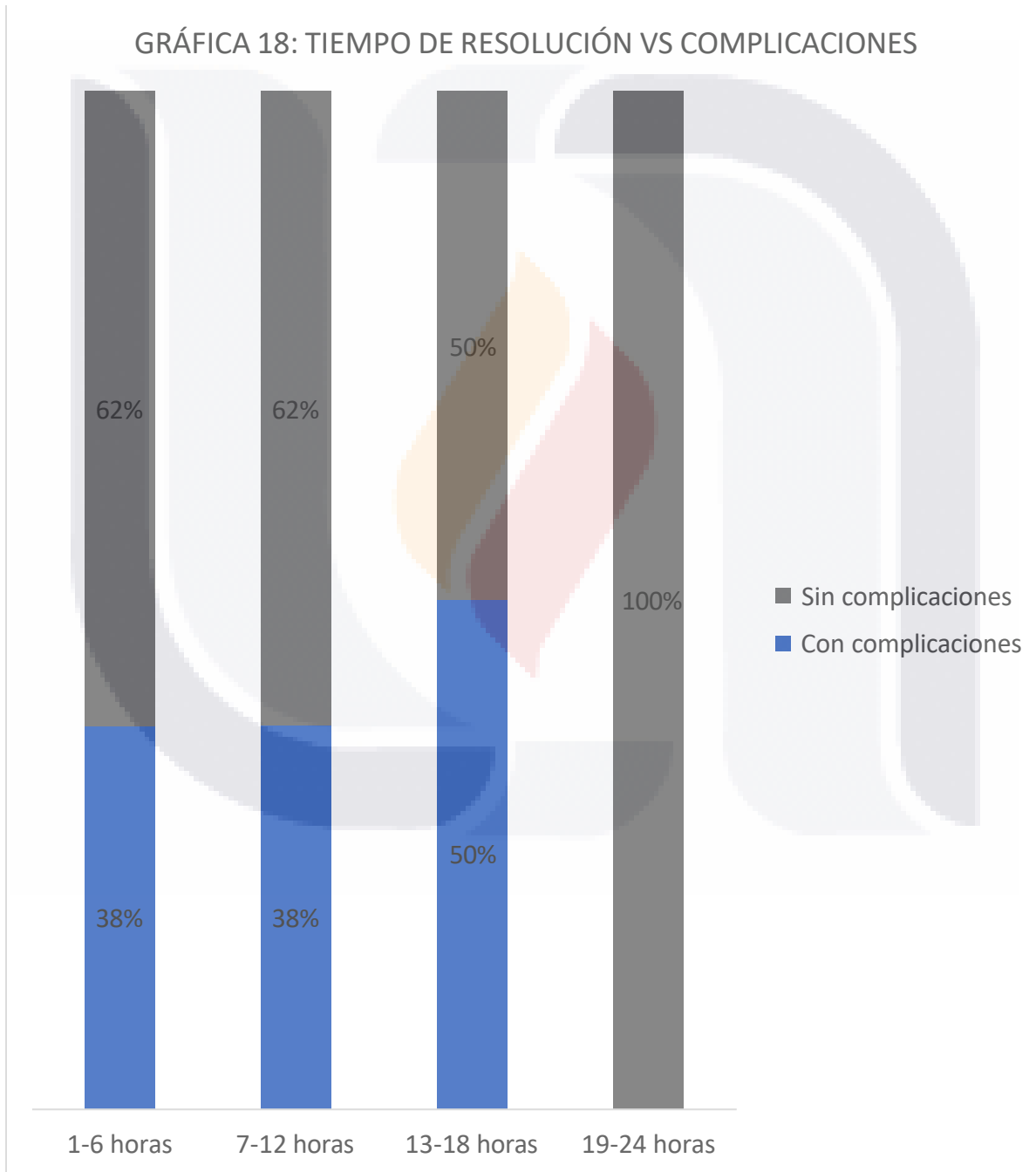
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

En el siguiente grafico se muestra desde la hora de ingreso de la paciente hasta el momento de resolución específicamente de las pacientes en el que la resolución fue por vía vaginal y en comparación con uso de oxitocina, concluyendo que el 78% de las pacientes su resolución fue dentro de las primeras seis horas con el uso de oxitocina, mientras que el un 3% de las pacientes su resolución fue dentro de las primeras 6 horas sin uso de oxitocina, no fue significativo.



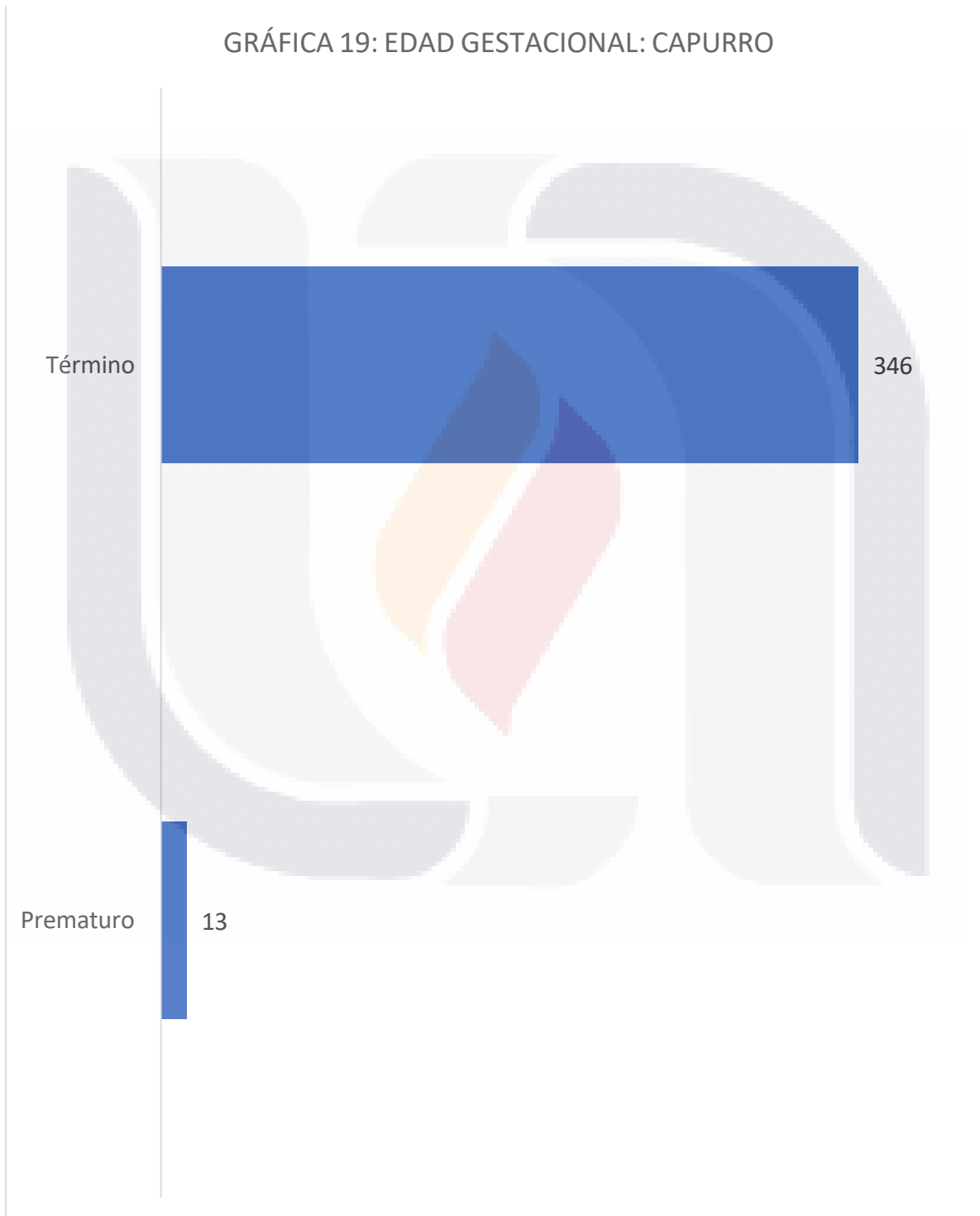
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

En el siguiente grafico se resume el tiempo que pasan las pacientes desde su ingreso hasta el momento de la resolución, independientemente de la vía de resolución, visualizando en el grafico que en el grupo de las primeras seis horas y las siete y doce horas son los dos grupos en el dónde se presentan las mayores complicaciones en las pacientes, seguido del tercer grupo de las 13 y 18 horas con un 50%, no fue significativo:



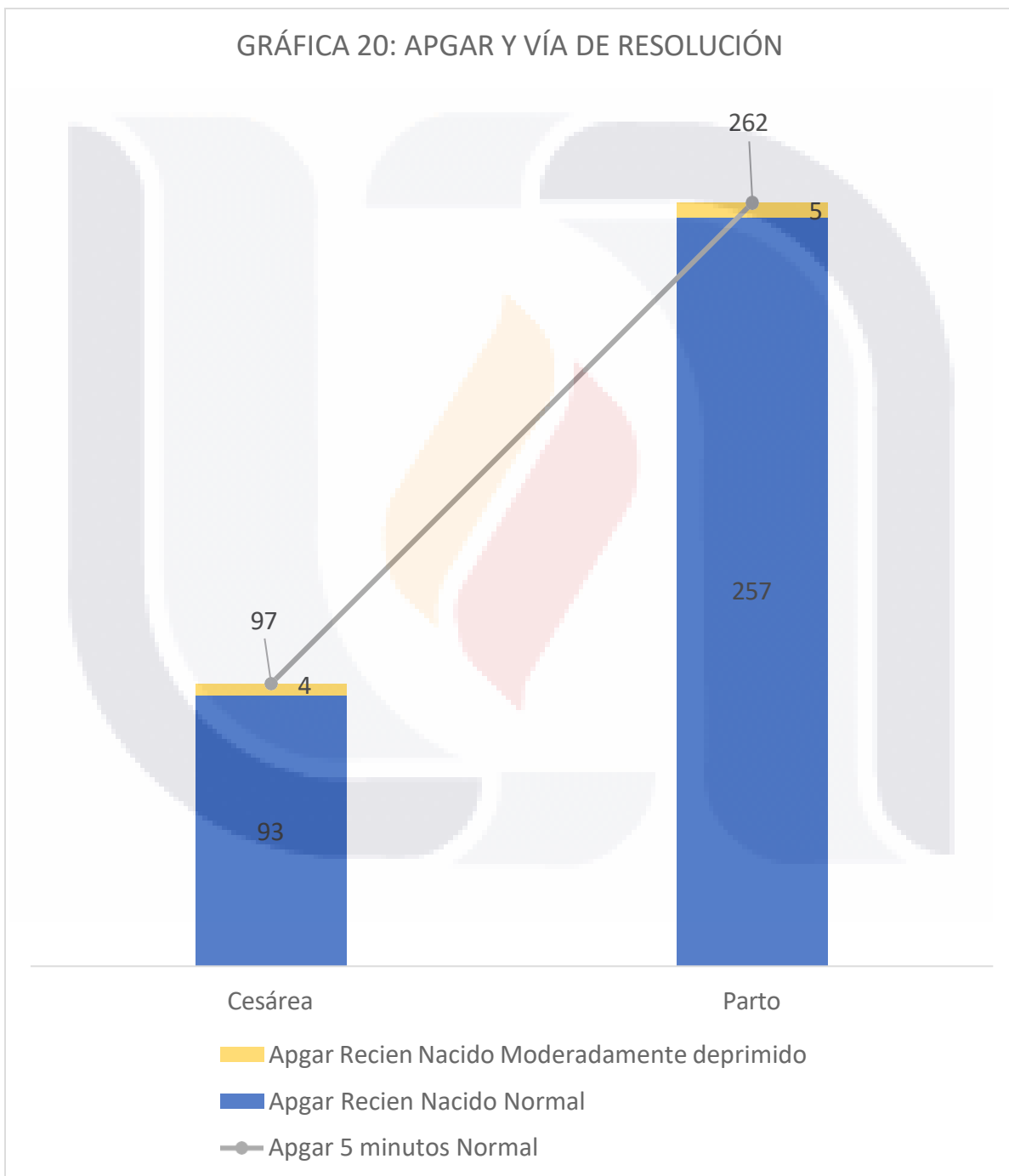
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

Así mismo, de todos los nacimientos de las pacientes del estudio, obtuvimos los siguientes capurros, obteniendo 96% recién nacidos a término independientemente de la vía de nacimiento y solo 4% prematuros, no fue significativo:



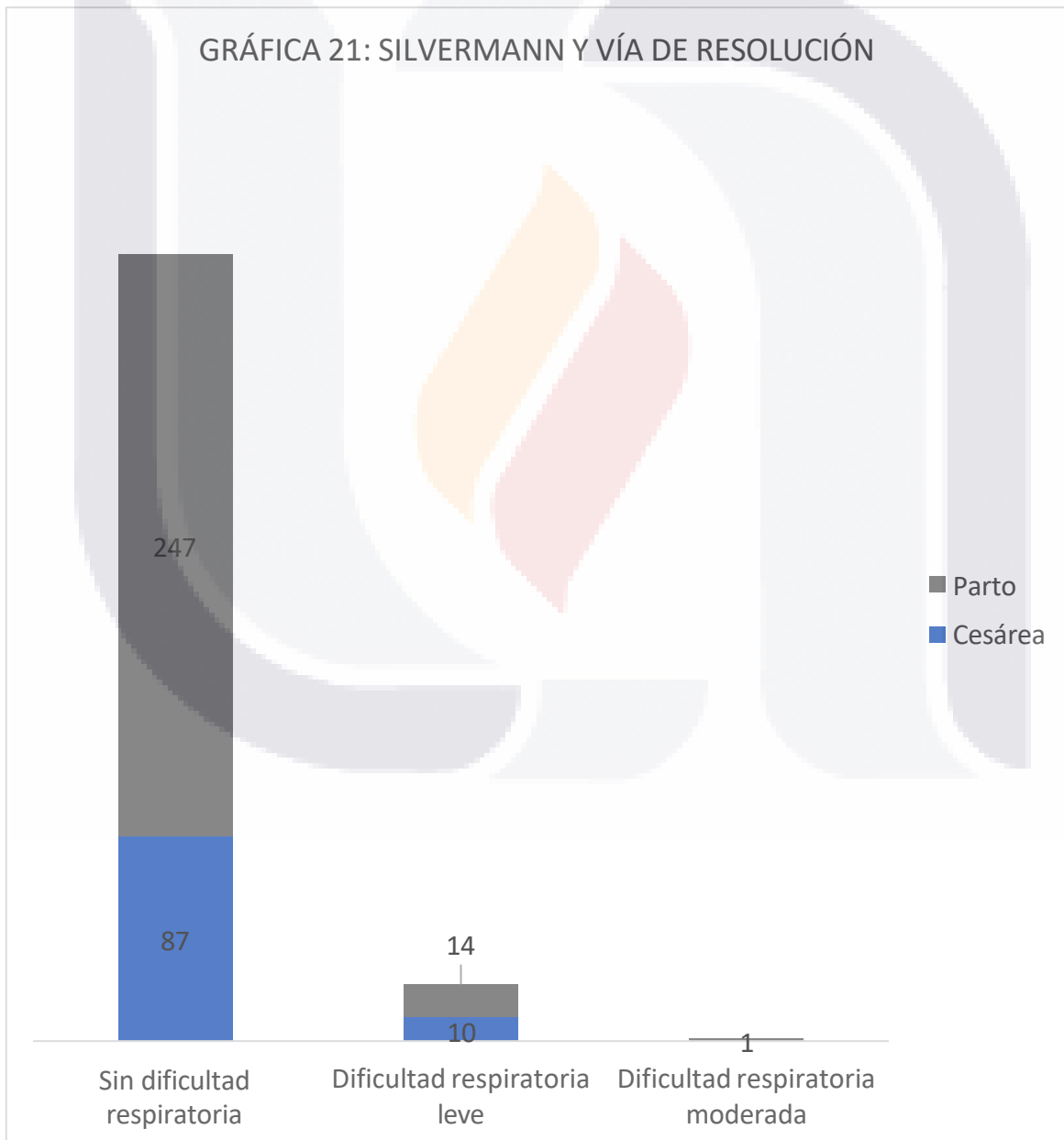
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

En el siguiente grafico realizamos la asociación de la vía de resolución con el Apgar al nacimiento y el Apgar a los cinco minutos, encontrando que por parto vía cesárea solo cuatro recién nacido moderadamente deprimidos y por parto vía vaginal solo 5 recién nacidos, ambos al nacimiento, a los cinco minutos, por ambas vías con buen estado fisiológico, no fue significativo.



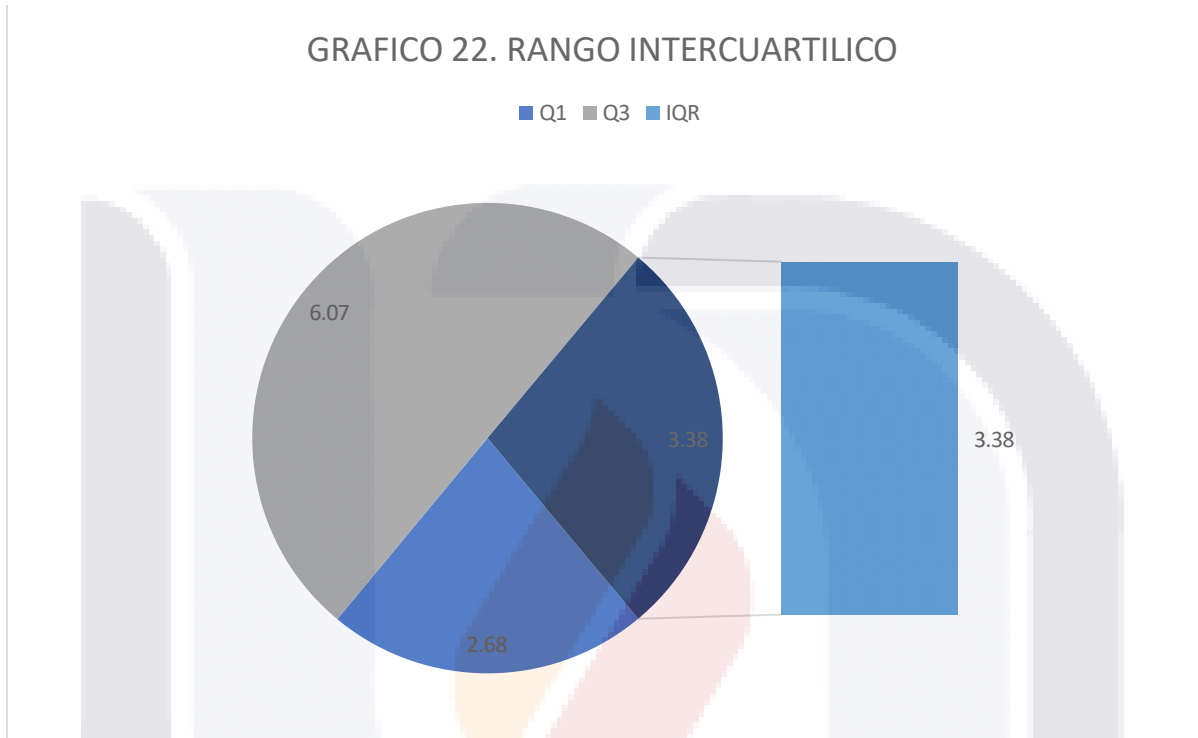
Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

En el siguiente grafico podemos observar también la asociación de la vía de nacimiento, parto o cesárea pero la relación que tiene con el Silverman al nacimiento, observando que por parto vía vaginal el 94% de los recién nacidos no presentaron dificultad respiratoria, mientras que el 5% dificultad respiratoria leve y solo 1% dificultad respiratoria moderada, en contraparte con la resolución vía cesárea, un 89% de los recién nacidos no presentaron dificultad respiratoria y solo un 11% dificultad respiratoria leve. En el siguiente grafico se muestra la tendencia, no fue significativo:



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

Así mismo en esta última grafica podemos ver el rango intercuartílico enfocado a las horas de resolución de la finalización de la gestación en embarazo a término, en donde Q1 representa un total de 2.68 horas, Q3 representa un total de 6.07, teniendo un rango intercuartílico de 3.38 horas.



Fuente: cédula de recolección de datos y expediente clínico.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se incluyeron 359 pacientes con embarazos de bajo riesgo, que no cumplían con criterios de ingreso al área de tococirugía pero que fueron admitidas.

Características demográficas y control prenatal

En el presente estudio, se observó que un 39% de las pacientes eran adolescentes (≤ 19 años), un 57% tenía entre 20 y 34 años, y un 4% tenían 35 años o más, lo que muestra una alta prevalencia de gestantes jóvenes, un grupo de riesgo conocido en obstetricia. La literatura actual subraya que las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

adolescentes son más propensas a presentar complicaciones como preeclampsia, parto prematuro y cesárea (Álvarez y González, 2023). Por otro lado, la edad avanzada (≥ 35 años) también se asocia con mayor riesgo de complicaciones como la hipertensión gestacional y la diabetes gestacional (Bennett y Roberts, 2023), aunque en este estudio las pacientes mayores de 35 años presentaron menos complicaciones, lo cual podría explicarse por una mejor preparación prenatal y un mayor control en el embarazo, dado que este grupo suele recibir atención más intensiva^{27,28}.

El control prenatal fue adecuado en el 71% de las pacientes, cifra que coincide con las estadísticas internacionales que revelan que una adecuada atención prenatal reduce el riesgo de complicaciones (Simmons y Dobson, 2023). La asociación entre un control prenatal inadecuado y una mayor incidencia de complicaciones es consistente con la literatura (Kramer et al., 2023), donde se ha demostrado que las mujeres con menos de cinco consultas prenatales tienen un riesgo más alto de resultados perinatales adversos, como preeclampsia y bajo peso al nacer^{29,30}.

Asimismo, la alta prevalencia de complicaciones en pacientes con control prenatal inadecuado coincide con estudios que destacan la importancia del seguimiento prenatal en la prevención de complicaciones maternas y fetales.

El 28% de las pacientes con control prenatal inadecuado presentaron una mayor frecuencia de complicaciones. Esto concuerda con investigaciones como la de Martínez et al. (2018), que indican que un control prenatal insuficiente está asociado con una mayor incidencia de complicaciones como la necesidad de intervenciones obstétricas urgentes³¹.

El hallazgo sobre la baja incidencia de complicaciones entre las pacientes con un control prenatal adecuado (71%) reafirma lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece que un seguimiento prenatal adecuado reduce significativamente la morbilidad y mortalidad materna y perinatal³².

Vía de resolución del embarazo, hemorragia obstétrica y complicaciones

En el presente estudio, se incluyeron 359 pacientes con embarazos de bajo riesgo, que no cumplían con criterios de ingreso al área de tococirugía pero que fueron admitidas. Se encontró una asociación significativa entre la vía de resolución del parto (vaginal o cesárea) y la aparición de complicaciones, especialmente la hemorragia obstétrica.

El análisis de chi-cuadrado reveló una relación significativa entre la vía de resolución y el sangrado, con un valor de $p < 0.05$. Esto sugiere que la elección de la vía de resolución influye directamente en la incidencia de complicaciones como la hemorragia obstétrica, la cual fue más frecuente en los partos por vía vaginal.

Esto es consistente con investigaciones previas que destacan que los partos vaginales pueden tener un mayor riesgo de hemorragia cuando el cérvix no está suficientemente preparado para el parto, especialmente en inducciones. Por ejemplo, un estudio realizado por Smith et al. (2020) mostró que la inducción del trabajo de parto sin una madurez cervical adecuada aumenta significativamente el riesgo de hemorragia postparto³³.

Los resultados obtenidos son consistentes con estudios previos que indican que los partos vaginales, aunque son generalmente menos invasivos, pueden tener un mayor riesgo de hemorragia cuando las condiciones cervicales no son favorables desde el inicio.

Complicaciones maternas y fetales

La distribución de las complicaciones por grupos de edad muestra que las madres adolescentes y las pacientes entre 20 y 34 años son más propensas a desarrollar complicaciones como hemorragia obstétrica, en comparación con las de edad materna avanzada (≥ 35 años). Este hallazgo es relevante, ya que contradice la percepción común de que la edad materna avanzada conlleva mayores riesgos. Sin embargo, es posible que el control prenatal adecuado en este grupo haya mitigado el riesgo de complicaciones.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Esto sugiere que la edad no es el único factor determinante en la aparición de complicaciones, sino que la calidad del seguimiento prenatal y las condiciones en el momento del parto desempeñan un papel crucial. Esto coincide con lo encontrado por García et al. (2022), quienes destacaron que un buen seguimiento prenatal puede mitigar el impacto de la edad materna en el riesgo de complicaciones³⁴.

Los hallazgos del estudio destacan la importancia de una correcta evaluación de los criterios de ingreso al área de tococirugía para evitar hospitalizaciones innecesarias, que podrían llevar a una intervención mayor sin una indicación clara.

Además, la preparación del cérvix mediante métodos que favorezcan la madurez cervical puede reducir la necesidad de cesáreas y mejorar los resultados del parto vaginal, minimizando complicaciones maternas como el sangrado.

Intervenciones obstétricas: Oxitocina y analgesia epidural

El uso de oxitocina para la regulación del trabajo de parto se asoció con una mayor tasa de partos en las primeras 6 horas. Sin embargo, es necesario considerar los efectos secundarios y balancear su uso para evitar complicaciones por aceleración del parto.

El uso de oxitocina en el 79% de las pacientes para regular el trabajo de parto es un aspecto relevante del estudio. Esto es similar a lo encontrado en estudios como el de Brown y Lee (2020), que destacan que el uso de oxitocina es común en embarazos con inducción, y su administración puede acelerar el trabajo de parto, aunque con un riesgo aumentado de complicaciones como la hiperestimulación uterina³⁵.

Sin embargo, estudios como el de Zhang et al. (2019) advierten sobre la necesidad de ajustar las dosis de oxitocina según la respuesta individual de la paciente para evitar resultados adversos, lo cual subraya la importancia de un manejo personalizado en la inducción del parto³⁶.

Resultados neonatales: Apgar y dificultades respiratorias

En cuanto a los resultados neonatales, el estudio mostró que los nacimientos por vía vaginal y por cesárea no presentaron diferencias significativas en términos de Apgar a los cinco minutos, con la mayoría de los recién nacidos en buen estado fisiológico. Esto coincide con estudios como el de Pérez et al. (2020), que no encontraron diferencias significativas en los resultados neonatales entre ambas vías de nacimiento cuando la cesárea no es de emergencia³⁷.

Sin embargo, otros estudios, como el de Silva et al. (2021), sugieren que las cesáreas electivas podrían estar asociadas con una mayor probabilidad de dificultades respiratorias leves en los recién nacidos, debido a la falta de compresión torácica que ocurre en el parto vaginal, lo cual es un aspecto a considerar en el manejo clínico³⁸.

Tiempo hasta la resolución del embarazo y complicaciones asociadas

En cuanto al tiempo desde la valoración hasta la resolución del embarazo, se observó que la mayoría de las pacientes fueron resueltas dentro de las primeras seis horas, lo que está en línea con las prácticas actuales de manejo eficiente del trabajo de parto (Cunningham et al., 2022). Sin embargo, las complicaciones más frecuentes se presentaron dentro de las primeras seis horas y entre las 7 y 12 horas de manejo, lo que sugiere que la fase inicial del trabajo de parto es crítica en cuanto a la posibilidad de complicaciones, especialmente en partos vaginales³⁹.

Los resultados obtenidos en este estudio, que evalúan el tiempo requerido para la resolución de la finalización del embarazo a término, muestran una dispersión temporal significativa en el proceso. Con un rango intercuartílico (IQR) de 3.38 horas, que se calcula como la diferencia entre el tercer cuartil (Q3 = 6.07 horas) y el primer cuartil (Q1 = 2.68 horas), se observa que el 50% de los casos de finalización del embarazo a término se completan dentro de un intervalo de 2.68 a 6.07 horas.

El valor de Q1 (2.68 horas) implica que el 25% de los casos de finalización del embarazo a término se resuelven en menos de 2.7 horas. Esto sugiere que, en

algunos casos, la resolución puede ser rápida, especialmente en situaciones donde se recurre a cesáreas programadas o intervenciones quirúrgicas que se realizan con rapidez bajo condiciones controladas. Estudios previos han demostrado que las cesáreas electivas, especialmente cuando son planificadas y no son de urgencia, pueden completarse en intervalos relativamente cortos debido a la preparación anticipada y la disponibilidad de equipos quirúrgicos (Cunningham et al., 2018). Además, la inducción del parto mediante medicamentos como la oxitocina o misoprostol en un embarazo a término, en algunas circunstancias, puede inducir un parto dentro de un tiempo relativamente breve, aunque esto depende de la respuesta individual de la paciente al tratamiento (Grobman et al., 2017)^{40,41}.

En contraste, el valor de Q3 (6.07 horas) indica que el 75% de los casos se completan en menos de 6.07 horas. Esto sugiere que, aunque la mayoría de los casos de finalización del embarazo a término se resuelven dentro de este rango de tiempo, un cuarto de los casos podría experimentar tiempos más largos, particularmente cuando los métodos utilizados son más invasivos o cuando existen complicaciones. Por ejemplo, la inducción prolongada del parto o la necesidad de intervenciones adicionales, como la cesárea de emergencia, pueden extender el tiempo necesario para completar el proceso (Rosen et al., 2020)⁴².

CONCLUSIONES

El presente estudio, al analizar 359 pacientes con embarazos de bajo riesgo que fueron admitidas en el área de tococirugía, proporciona una visión detallada sobre los factores asociados a las complicaciones maternas y neonatales, así como el impacto de las intervenciones obstétricas en el proceso de parto. Los hallazgos reflejan una clara asociación entre el control prenatal adecuado y la reducción de complicaciones tanto maternas como fetales, destacando la importancia de un seguimiento oportuno y exhaustivo durante el embarazo.

Uno de los principales hallazgos es la alta prevalencia de gestantes adolescentes (39%), un grupo con mayor riesgo de complicaciones obstétricas, como

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

preeclampsia, parto prematuro y cesárea. A pesar de este riesgo, las pacientes mayores de 35 años, aunque asociadas con complicaciones propias de la edad avanzada, presentaron una menor incidencia de complicaciones en este estudio, lo que sugiere que un control prenatal intensivo podría haber mitigado los riesgos asociados a este grupo. Este hallazgo subraya la importancia de la calidad del seguimiento prenatal, más allá de la edad materna.

En cuanto a la vía de resolución del parto, el estudio muestra que la hemorragia obstétrica fue más frecuente en partos vaginales, especialmente cuando se presentaron inducciones sin una adecuada preparación cervical. Esto resalta la necesidad de una correcta evaluación y manejo del cérvix para minimizar el riesgo de hemorragias y evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias. Además, el uso de oxitocina en el 79% de las pacientes, aunque común en inducciones, debe ser administrado con cautela para evitar complicaciones relacionadas con la hiperestimulación uterina.

Otro aspecto relevante fue el tiempo de resolución del embarazo, que mostró una variabilidad significativa, aunque la mayoría de los partos se resolvieron dentro de un rango de seis horas. Esto sugiere que una rápida intervención, especialmente en cesáreas electivas o inducciones controladas, puede ser beneficiosa para evitar complicaciones derivadas de un parto prolongado. Sin embargo, también se destacó la importancia de un manejo individualizado y preciso en la inducción del parto para evitar complicaciones asociadas a la aceleración excesiva del proceso.

Sugerencias

A partir de los resultados obtenidos, se proponen las siguientes sugerencias para mejorar la calidad de la atención obstétrica y reducir el riesgo de complicaciones en embarazos de bajo riesgo:

1. **Fortalecer el control prenatal:** Se debe enfatizar la importancia de un seguimiento prenatal adecuado, particularmente en gestantes adolescentes y en mujeres con edad avanzada, ya que un buen control prenatal puede

prevenir complicaciones como hipertensión gestacional, diabetes, y preeclampsia. Además, se debe asegurar que todas las gestantes reciban al menos cinco consultas prenatales, tal como lo recomienda la OMS.

2. **Optimizar la preparación del cérvix en partos vaginales:** Dado el mayor riesgo de hemorragia obstétrica asociado con partos vaginales, especialmente en inducciones, se recomienda implementar estrategias para una mejor maduración cervical antes de la inducción, como el uso de prostaglandinas o métodos mecánicos de preparación, siempre que sea indicado por el médico tratante, y quizá, a futuro, en el servicio de urgencias, que el índice de Bishop sirva como indicador para decidir el ingreso de las pacientes al servicio de tococirugía.
3. **Manejo personalizado de la inducción del parto:** Es necesario ajustar el uso de oxitocina y otros agentes inductores según la respuesta clínica de cada paciente, para evitar riesgos como la hiperestimulación uterina y la necesidad de intervenciones quirúrgicas innecesarias. La monitorización constante y el manejo adaptado son esenciales para un parto seguro.
4. **Revisión de los criterios de ingreso al área de tococirugía:** Para evitar hospitalizaciones innecesarias y reducir la tasa de cesáreas no indicadas, se debe reconsiderar y ajustar la evaluación de los criterios de ingreso a esta área, garantizando que las intervenciones quirúrgicas se realicen solo cuando sean estrictamente necesarias.
5. **Educación y asesoría para gestantes adolescentes:** Se debe aumentar la educación y el apoyo a las adolescentes embarazadas, enfocándose en el control prenatal adecuado, la preparación para el parto y el manejo de complicaciones, con el fin de reducir los riesgos asociados con los embarazos en esta etapa de la vida.
6. **Investigación adicional sobre tiempos de resolución del parto:** Aunque el tiempo de resolución del embarazo a término se encontró dentro de un rango relativamente corto en la mayoría de los casos, se sugiere realizar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

más investigaciones que evalúen el impacto de las intervenciones tempranas y de la inducción del parto en los tiempos de resolución, para optimizar los protocolos clínicos y reducir las complicaciones a largo plazo, en este caso, el rango intercuartilico da pauta para realizar estudio comparativo y determinar si fuera de ese rango se presentan complicaciones.

En resumen, el estudio refuerza la idea de que un control prenatal adecuado, un manejo individualizado del parto y una evaluación cuidadosa de las indicaciones para intervenciones quirúrgicas y el cumplimiento de los criterios de ingreso obstetricos son claves para reducir las complicaciones en embarazos de bajo riesgo. Con una atención más personalizada y ajustada a las necesidades de cada paciente, se puede mejorar significativamente los resultados maternos y neonatales.

DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados a los que se llegaron en este estudio se presentan a través de tesis en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, y se expondrá en el auditorio del Hospital de la Mujer Aguascalientes con el objetivo de alcanzar a la comunidad académica médica, así como a todos los trabajadores que ejercen en el que puedan beneficiarse de los hallazgos.

GLOSARIO

Criterios de Hospitalización	Son las condiciones clínicas que debe tener una mujer gestante para ser admitida a una unidad de labor y/o tococirugía.
Desgarro	Ruptura de los tejidos vaginales y perineales que ocurre durante el parto.
Fase activa	Fase del trabajo de parto que se caracteriza por dilatación uterina de 5 cm o más.
Fase latente	Fase del trabajo de parto que se caracteriza por dilatación uterina hasta 4 cm.
Gestación	Periodo durante el cual un embrión o feto se desarrolla dentro del útero de una mujer.
Hematoma	Acumulación de sangre fuera de los vasos sanguíneos causada por la ruptura de estos y el sangrado de un área local.
Hemorragia Obstétrica	Según FIGO, pérdida de sangre que excede los 500 ml para un parto vaginal o 1,000 ml para una cesárea.
Hipotonía Uterina	Condición en la que el útero no se contrae adecuadamente después del parto.
Indicación de operación cesárea	Son las situaciones en las que el parto vaginal no es recomendable o seguro, y se opta por una intervención quirúrgico para el nacimiento.
Paciente obstétrica de bajo riesgo	Mujer embarazada que, al valorarla, no presenta factores de riesgos significativos que podrían complicar el embarazo, el parto o el posparto.
Recién nacido	Referente al neonato durante los primeros 28 días de vida.
Trabajo de parto	Proceso de un embarazo de bajo riesgo, que se desarrolla de manera espontánea, sin necesidad de intervención médica, caracterizado por contracciones uterinas regulares, ruptura de membranas y/o dilatación progresiva del cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. Obstetric intensive care unit admission: clinical profile and outcome - a tertiary care hospital experience. 2022. Disponible en: <https://www.ircog.org>
2. Smith J, Brown L. Criteria for admission to obstetric surgical units: a focus on low-risk patients. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021;34(12):1987-1995.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin: obstetric care for low-risk pregnancies. 2022. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2022/03/obstetric-care-for-low-risk-pregnancies>
4. D'Alton ME, Jaffee H. Management of high-risk pregnancies: criteria for admission to intensive care units. Am J Obstet Gynecol. 2019;220(2):115-123. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.029>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Approaches to limit intervention during labor and birth (ACOG Committee Opinion No. 766). Obstet Gynecol. 2019;133(2):e164-e173. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
6. Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS, editores. Trabajo de parto normal. En: Williams. Obstetricia. 24ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Education; 2015. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100458866>
7. Nieto Díaz A, Cascales Campos PA, Quiñonero Rubio JM. Obstetricia y ginecología. España: Elsevier Health Sciences; 2022.
8. Félix Báez CA. Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia. 1st ed. Ciudad de México: McGraw Hill; 2005.
9. Maestro C. Guía de práctica clínica (GPC), control prenatal con atención centrada en la paciente. Evidencia y recomendaciones [Internet]. 2017 [citado 25 de agosto de 2024]. Disponible en: https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223
10. Alcalá M, Hernández S, López M, Mazarico E, Meler E, Basteiro E, Fernández I, Rodríguez S, Santos S. Protocolo: control gestacional en gestaciones de bajo y medio riesgo. Barcelona: Clinic Barcelona; 2018.
11. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 25 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

12. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Semáforo de cuidado prenatal 2013 [Internet]. 2013 [citado 25 de agosto de 2024]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/cuidado_prenatal/pdf/semaforo2013.pdf
13. Arranz A, Roe T, González E, Palacio M, Hernández S. Asistencia a la gestante en sala de partos [Internet]. Fetal Medicine Barcelona; 2019 [citado 25 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/asistencia-a-la-gestante-en-sala-de-partos.pdf>
14. Maestro C. Guía de práctica clínica (GPC), vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencia y recomendaciones [Internet]. 2019 [citado 25 de agosto de 2024]. Disponible en: https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223
15. McDonald JS, Chen B, Kwan W. Analgesia y anestesia en obstetricia. En: ReChemey AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editores. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11a ed. McGraw-Hill Education; 2014. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98126957>
16. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. Obstet Gynecol. 2019;133(3):e208-e225. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003132>
17. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams obstetrics. 25a ed. McGraw-Hill Education; 2018.
18. Maestro C. Guía de práctica clínica GPC: Realización de operación cesárea. Evidencia y recomendaciones. 2010. Disponible en: https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223
19. Maestro C. Guía de práctica clínica GPC: Reducción de la frecuencia de la operación cesárea, actualización. Evidencia y recomendaciones. 2014. Disponible en: https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?page_id=5223
20. Rife J. The start of life: a history of obstetrics. Postgrad Med J. 2002;78(919):311-315. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/pmj.78.919.311>
21. Hawkins JL, Arndt GA, Drummond JC. A review of the impact of obstetric anesthesia on maternal and neonatal outcomes. Anesthesiology. 2018;129(1):192-202. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002191>
22. Wood AM, Frey HA, Just MG, Caughey AB, Odibo AO, Macones GA, Cahill AG. Optimal admission cervical dilation in spontaneously laboring women. Am J Perinatol. 2016;33(2):188-194. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0035-1563711>

23. Seravalli V, Stramki N, Castellana E, Salamina MA, Bettini C, Di Tommaso M. Hospital admission in the latent versus the active phase of labor: comparison of perinatal outcomes. *Children (Basel)*. 2022;9(6):924. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/children9060924>
24. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labor: latent versus active phase, mode of birth, and intrapartum interventions. A correlational study. *Women Birth*. 2018;31(4):313-318. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.001>
25. Kierulf KH, Attanasie LB, Vanderlaan J, Sznajder KK. Timing of hospital admission at first childbirth: a prospective cohort study. *PLoS One*. 2023;18(2):e0281707. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281707>
26. Alvear HLDD, Morgan-Ortiz F, Quevedo-Castro E, Morgan-Ruiz FV, Lelevier-Rico HB, Cervin-Báez C, et al. Resultados obstétricos y perinatales entre dos puntos de corte para determinar el inicio de la fase activa del trabajo de parto en primíparas. *Rex Med UAS*. 2020;10(1).
27. Álvarez F, González L. Complicaciones en embarazos adolescentes: Preeclampsia, parto prematuro y cesárea. *Rev Obstet Ginecol* 2023; 45(2):112-118.
28. Bennett L, Roberts T. Riesgo de hipertensión y diabetes gestacional en mujeres mayores de 35 años. *Obstet Med* 2023; 41(3):75-82.
29. Simmons K, Dobson G. Importancia del control prenatal adecuado en la reducción de complicaciones maternas. *J Prenat Care* 2023; 52(1):39-45.
30. Kramer M, Coates A, Bastian L, et al. Control prenatal insuficiente y su relación con complicaciones perinatales. *Lancet Obstet* 2023; 29(5):238-245.
31. Martínez D, Pérez R, López C. Control prenatal insuficiente y su asociación con intervenciones obstétricas urgentes. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2018; 82(4):328-334.
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). La importancia del seguimiento prenatal para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Informe Mundial de Salud Materna* 2023. [Consultado el 8 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-health>
33. Smith J, Wilson D, Hamilton C, et al. Inducción del trabajo de parto y riesgo de hemorragia postparto: un estudio prospectivo. *J Obstet Gynecol* 2020; 59(7):987-993.
34. García, M., Pérez, A., & González, F. (2022). The impact of prenatal care on maternal outcomes in advanced maternal age pregnancies. *Obstetrics and Gynecology Research*, 67(5), 1021-1027. <https://doi.org/10.1016/j.ogres.2022.04.016>

35. Brown, A., & Lee, J. (2020). The use of oxytocin in labor induction and its implications. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(7), 812-819. <https://doi.org/10.1002/jog.20191>

36. Zhang J, Li L, Xu X. Ajuste de dosis de oxitocina en inducción del parto: Evaluación clínica y resultados. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2019; 98(11):1234-1241.

37. Pérez A, Gómez P, Rodríguez S, et al. Comparación de resultados neonatales en cesáreas electivas y partos vaginales no complicados. *Neonatology Today* 2020; 15(8):45-50.

38. Silva M, Costa L, Ferreira A, et al. Cesárea electiva y complicaciones respiratorias en neonatos: Un análisis prospectivo. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2021; 34(3):195-200.

39. Cunningham F, Gant N, Leveno K, et al. Tiempo de resolución del embarazo y complicaciones asociadas: Manejo del trabajo de parto. *Obstet Gynecol* 2022; 139(4): 471-477.

40. Cunningham F, Gant N, Leveno K, et al. Cesáreas electivas: Impacto en la duración del proceso de resolución. *Obstet Gynecol* 2018; 132(5): 1105-1111.

41. Grobman W, Creasy R, Yancy L, et al. Inducción del parto con oxitocina y su relación con la duración y complicaciones del parto. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216(2): 168-174.

42. Rosen D, Joffe G, Hamilton M, et al. Factores que influyen en la duración de la resolución del embarazo: Un análisis de la inducción del parto. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020; 33(4): 225-230.

ANEXOS

ANEXO A. TABLA DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestación mayor a 37 semanas
Control prenatal
Paciente de bajo riesgo
Paciente sin enfermedad de base
Paciente con trabajo de parto

ANEXO B. BASE DE DATOS DISEÑADA PARA EL ESTUDIO

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1	Paciente	Edad	Expediente	Control prenatal	Edad gestacion	Dilatación	Borramiento	ishop	Ingreso	otivo de ingreso	hora de ingreso
2	x	25	000072-23	i (6 consultas)	37.4 SDG	4 cm	60%	6	Fase activa	16:19 horas	
3	x	36	000233-23	i (15 consultas)	36.5 SDG	4 cm	70%	8	Fase activa	02:40 horas	
4	x	25	000016-23	i (4 consultas)	38.0 SDG	4 cm	70%	6	Fase latente	12:51 horas	
5	x	19	000847-23	i (3 consultas)	40.2 SDG	4 cm	40%	5	Fase activa	23:14 horas	
6	x	21	000480-23	i (7 consultas)	38.6 SDG	4 cm	60%	8	Fase activa	02:33 horas	
7	x	23	000552-23	i (4 consultas)	39.5 SDG	3 cm	70%	8	Fase activa	05:50 horas	
8	x	25	000525-23	i (5 consultas)	39.0 SDG	2 cm	60%	5	Fase latente	00:16 horas	
9	x	26	000429-23	i (9 consultas)	40.2 SDG	4 cm	60%	6	Fase latente	11:11 horas	
10	x	17	000100-23	i (5 consultas)	40.4 SDG	4 cm	80%	7	Fase latente	21:47 horas	
11	x	34	000348-23	i (5 consultas)	40.1 SDG	3 cm	30%	4	Fase activa	17:59 horas	
12	x	20	000193-23	i (8 consultas)	39.4 SDG	4 cm	70%	6	Fase latente	09:27 horas	
13	x	25	000340-23	i (8 consultas)	37.0 SDG	3 cm	80%	7	Fase activa	09:16 horas	
14	x	29	000997-23	si (1 consulta)	39.6 SDG	3 cm	70%	6	PIC	00:09 horas	
15	x	30	006028-20	(11 consulta)	40.2 SDG	2 cm	40%	4	Fase latente	02:57 horas	
16	x	16	000276-23	i (6 consultas)	38.1 SDG	2 cm	70%	7	Fase latente	18:02 horas	
17	x	25	000419-23	i (4 consultas)	36.6 SDG	4 cm	60%	6	Fase activa	08:35 horas	
18	x	25	000066-23	i (5 consultas)	38.0 SDG	4 cm	60%	5	Fase activa	18:33 horas	
19	x	21	000024-23	i (9 consultas)	38.5 SDG	4 cm	80%	7	Fase activa	09:30 horas	
20	x	19	000150-23	i (4 consultas)	37.4 SDG	3 cm	80%	7	Fase latente	09:23 horas	
21	x	28	001310-23	i (5 consultas)	37 SDG	4 cm	60%	6	Fase latente	00:05 horas	
22	x	19	001333-23	(10 consulta)	40.2 SDG	3 cm	70%	4	Fase latente	18:18 horas	
23	x	21	000668-23	i (7 consultas)	40.1 SDG	4 cm	60%	8	Fase activa	08:46 horas	

ANEXO C. OFICIO DE APOYO PARA BÚSQUEDA DE PACIENTES A FINES Y EXTRACCION DE EXPEDIENTES EN EL ÁREA DE ARCHIVO CLÍNICO.



Aguascalientes
Gente de trabajo y soluciones
El gigante de México
ESTABLECIMIENTO FUNDADO EN 1922



AGUASCALIENTES, AGS A 19 DE MARZO DE 2024

LIC ABEL MEDINA

Jefe de Estadística y Archivo
Hospital de la Mujer Aguascalientes
Presente

Mediante la presente le solicitamos su apoyo en busca de la posibilidad de realizar un listado de 400 pacientes con expedientes de la institución que tengan las siguientes características:

PUERPERIO YA SEA POSTPARTO O POSTQUIRÚRGICO SIN PATOLOGÍA SOBREGREGADA (no hipertensión, no diabetes, no patología tiroidea) DEL AÑO 2023

Este listado posteriormente devendrá en la solicitud de préstamo al servicio de enseñanza de forma constante y progresiva para extracción de datos para tesis de posgrado.

Sin más que agregar quedo a sus órdenes para cualquier corrección, información, o aclaración

Atentamente:

Dr. Omar Oswaldo Camarillo Contreras

Jefe del Departamento de enseñanza, Investigación y Capacitación del Hospital de la Mujer Aguascalientes



449 9 10 79 00

www.wisseagob.mx

Margil de Jesús No 1501
Fracc. Las Arboledas

Recibi 11:09 AM 19/03/24

ANEXO D. OFICIO PARA EXTRACCIÓN DE EXPEDIENTES EN EL AREA UAD

