

11217
30
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**EVALUACION EPIDEMIOLOGICA DEL
SERVICIO DE URGENCIAS DE
GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO
ESPECIALISTA EN GINECOBSTETRICIA
P R E S E N T A**

DR. RAUL FLORES HERNANDEZ

TITULAR DEL CURSO:

DR. CARLOS VARGAS GARCIA

MEXICO, D.F.



1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1.- INTRODUCCION	1
2.- JUSTIFICACION	16
3.- OBJETIVOS	17
4.- MATERIALES Y METODOS	18
5.- RESULTADOS	20
6.- DISCUSION	40
7. CONCLUSIONES	50
8.-RESUMEN	53
9.-BIBLIOGRAFIA	55

INTRODUCCION

El objetivo de la Obstetricia y más recientemente de la Perinatología es conseguir que cada embarazo finalice con una madre sana y un niño sano.

La Perinatología lucha para reducir al mínimo el número de mujeres y niños que mueren ó que sufren lesiones a consecuencia del proceso reproductor.

Otro de sus objetivos consiste en reducir al mínimo las molestias y peligros del embarazo, del parto y del puerperio, de manera que tanto la madre como su hijo estén en perfecto estado de salud, tanto física como Psíquico.

Para valorar las acciones en materia de medicina materna e infantil, es necesario tener estadísticas. Se debe hacer un análisis epidemiológico de las acciones médicas y de los nacimientos, de las complicaciones de estas acciones y de la mortalidad que generan, tanto la madre, como los hijos, dentro de los diferentes períodos del embarazo ó posterior a él.

De esta forma, comenzaremos por definir las principales tasas e índices que nos ilustran acerca de estos eventos, su incidencia y sus tendencias.

Tasa de mortalidad materna: Número de muertes maternas como consecuencia del proceso reproductor, multiplicado -- por cien mil (100,000) nacidos vivos.

Tasa de mortalidad fetal: Número de productos nacidos muertos de 28 semanas ó más y de 1000 g ó más por cada mil - - (1000) nacimientos.

Tasa de mortalidad neonatal: Es el número de muertes-neonatales de 28 semanas ó más y de 1000 g ó más por cada mil- (1000) nacidos vivos. Se divide en temprana y en tardía:

Tasa de mortalidad neonatal temprana: es el número de muertes de recién nacidos vivos de 28 semanas ó más y de 1000- g ó más que ocurre durante los primeros siete días ó 168 hrs.- de vida.

Tasa de mortalidad neonatal tardía: Es el número de-- muertes de recién nacidos vivos de 28 semanas ó más y los 28 - días de vida.

Tasa de mortalidad perinatal: Es la suma de las tasas de muerte fetal y muerte neonatal temprana. Es el número de - productos nacidos muertos de 28 semanas ó más, de 1000 g ó -- más, que ocurren durante los siete días y los 28 días de vida.

Tasa de mortalidad perinatal: Es la suma de las tasas de muerte fetal y muerte neonatal temprana. Es el número de productos nacidos muertos de 28 semanas ó más, de 1000 g ó más, más las muertes neonatales tempranas de 28 semanas ó más, de 1000 g ó más, entre la suma de nacidos muertos de 28 semanas ó más y los nacidos vivos de 28 semanas ó más, de 1000 g. ó más por cada mil nacimientos.

Tasa de mortalidad materna: Es definida como la muerte de cualquier mujer que ocurre durante el embarazo y el puerperio, independientemente de la duración del embarazo y de su sitio, por cualquier causa relacionada ó agravada por el embarazo y su manejo, excluyendose aquellas que ocurren por causa accidental.

Período Perinatal: Es el que comprende de las 28 semanas de gestación ó de productos de 1000 g ó de productos de 1000 g ó más, hasta los primeros siete días después del nacimiento.

En general, los índices de mortalidad son menores en las áreas metropolitanas. Las muertes por hemorragia y toxemia predominan en las zonas rurales. Debido a los mejores cuidados obstétricos, a la facilidad con que se obtiene sangre para transfusiones y a los antibióticos, los índices de muerte por toxemia, hemorragia e infección han disminuido ha

ta el punto de que esta triada ya no causa los elevadísimos índices de mortalidad materna que producían.

El aborto por otra parte, ocupa en la actualidad, un lugar importante entre las causas de muerte de la madre. Es muy probable que no se conozcan todos los casos, ya que muchos no se reportan, sobre todo los abortos provocados, los cuales dan lugar a un número de muertes maternas por aborto séptico.

La hemorragia, la toxemia y las infecciones ya mencionadas como la triada clásica, son causa del 60% de las muertes maternas.

La mortalidad perinatal, es la suma de los nacidos muertos, más las muertes neonatales. La mortalidad perinatal no solo es, junto con la frecuencia muy baja de muertes maternas, un magnífico índice del nivel de atención materno-infantil, sino que constituye además un indicador válido de un dato tan importante como lo es la morbilidad infantil.

El total de muertes perinatales está en relación con la edad y número de partos anteriores. El índice de mortalidad perinatal en madres cuya edad es menor de 20 años ó superior a 40 años es alto y la cifra mínima se da entre los hijos de madres con edades entre los 20 y 29 años.

A su vez, los índices mayores se dan entre los hijos cuyas madres no habían tenido anteriormente ningún parto y entre aquellos cuyas madres ya habían tenido 5 ó más partos.

En los EE UU, las muertes de niños que son atribuibles a la función reproductora representan casi el 6% de todas las muertes a todas las edades y por todas las causas. Esto magnifica la relación entre mortalidad perinatal con el embarazo, el parto y las primeras semanas de vida.

Por otro lado, el índice de niños nacidos muertos -- tiende a disminuir a medida que mejora la calidad de los cuidados obstétricos antes del parto y durante el mismo. Muchas de estas muertes se deben a enfermedades de la madre, como -- diabetes, procesos hemorrágicos durante el embarazo, toxemia, y a accidentes sucedidos durante el parto, como el prolapso -- del cordón, los traumatismos en el período expulsivo, parto -- atendido de manera imprudente ó por personal no capacitado -- con la mejoría de los cuidados prenatales y con una vigilan-- cia adecuada del trabajo de parto, algunos de estos accidentes no provocarían muertes perinatales.

Casi la mitad de las muertes neonatales ocurren en el primer día de vida. El número de muertes que se producen durante estas 24 hrs. de vida, sobrepasan las muertes que acaecen

desde el segundo mes de vida hasta el final del primer año. - Son muchas las causas de esta elevada mortalidad neonatal, pero la más importante es sin lugar a duda, el parto pretérmino.

La segunda causa más frecuente de muerte neonatal, es el traumatismo del sistema nervioso central. Se entiende por traumatismo, tanto lesiones del cerebro por hipoxia, in- utero como las lesiones que sufre dicho órgano durante el trabajo de parto y la expulsión del feto. Muchas de estas muertes, podrían evitarse si el parto se atendiera de manera más juiciosa y prudente.

La mortalidad materna se ha disminuido importantemente, aún se puede reducir mucho más. Si a todas las madres se les proporciona el cuidado prenatal adecuado, si se eliminaran las muertes maternas por aborto ilegal, y si la mitad de las muertes consideradas como evitables en los informes, lograrán de hecho evitarse, se podría salvar al menos, dos terceras partes de las madres que actualmente mueren.

La mortalidad materna es más frecuente entre las capas socioeconómicamente más bajas. Muchas de estas muertes se deben a carencias múltiples, ya sean de tipo económico, como por ausencia de clínicas prenatales debidamente equipadas, -- distribuidas, de hospitales apropiados y de sangre disponible en cualquier momento, así como de la falta de organización --

por niveles de riesgo y regionalización adecuada mediante - -
ellos.

Entre otros factores están los de omisión, como la -
falta de atención prenatal adecuada, la falta de observación-
minuciosa de la madre durante todo el parto y los primeros mo
mentos del puerperio. Otros constituyen errores de acción, -
de los cuales el más importante es el procedimiento innecesario.

El gran descenso en los índices de mortalidad se ba--
san en las modificaciones en la obstetricia moderna, la cual-
señala la necesidad de mantener criterios conservadores en ci
rugia obstétrica y sobre todo de esforzarse por evitar trauma
tismos.

El estado actual de la medicina fetal, indica que es
muy probable que haya una reducción espectacular de la morta-
lidad perinatal.

No, es probable que se reduzca la morbilidad infantil
hasta que se controle la prematuridad. Podemos aseverar que-
como la mortalidad materna fué el principal problema obstétr
co a principios de siglo, la prematuridad lo es en esta segun
da mitad.

El niño pequeño junto con el prematuro son el mayor desafío a la obstetricia moderna. El bajo peso al nacimiento no es sólo el factor más importante en relación a la mortalidad perinatal, sino que presenta imposibilidad físicas y mentales a corto y a largo plazo en los supervivientes.

Dos de los principales problemas acerca del retraso del crecimiento intrauterino son, la ausencia de un método -- verdaderamente satisfactorio de clasificación y las dificultades del reconocimiento antenatal del niño con retraso en el desarrollo. La medición de la protefina y esteroides de la -- placenta, ha añadido mucho a nuestro conocimiento sobre la fisiología fetoplacentaria; pero la carencia de especificidad -- hace que su interpretación sea difícil.

La ultrasonografía ha sido un avance importante para definir modelos de crecimiento uterino normal y anormal. El lugar que tienen, la monitorización intraparto y la realización de una operación cesárea en el niño pequeño son de gran relevancia.

El pronóstico del niño pequeño depende en gran parte de la calidad de los ciudadanos neonatales. Los adelantos en el cuidado neonatal intensivo han contribuido en gran parte a mejorar los índices de mortalidad, aunque estas mejoras pueden generar nuevos problemas en el neonato, sobre todo si se-

les efectúa un seguimiento longitudinal.

Se ha visto que, hasta una tercera parte de los productos pretérmino que estuvieron en una unidad de cuidados intensivos, quedan con secuelas importantes como son los problemas del lenguaje, del aprendizaje, auditivos, visuales y de conducta. - Se deben revalorar estas unidades para tratar de mejorar la calidad de vida de los supervivientes de las mismas.

Normalmente se utilizan dos medidas para valorar la -- preparación del recién nacido para la vida extrauterina: el peso al nacimiento y el tiempo pasado in utero. El peso generalmente es un indicador del crecimiento del bebé, mientras que la duración de la gestación es una guía de la maduración.

El Dr. Chamberlain, menciona algunos factores que condicionan el parto pretérmino y que aumentan su morbilidad. El bajo peso se ve en las clases más pobres, en mujeres con talla baja, en las madres con edades entre los 14 y los 19 años. Se sabe que los niños sexo masculino son de mayor peso y que el tabaquismo materno se acompaña también de niños de bajo peso.

En la etiología del parto pretérmino, se ha mencionado además a la hipertensión, la placenta previa, diabetes mellitis anormalidades congénitas, embarazo múltiple, incompetencia cervical y ruptura prematura de membranas.

La predictibilidad del parto pretérmino, es un tema aún sin aclarar. Para esclarecerlo es necesario conocer dos principios, el primero, la predicción del parto pretérmino, no es un fin en si mismo, sino que solamente tiene importancia como medio para la prevención y segundo, hay dos componentes para el parto pretérmino, uno que es de factores potencialmente evitables y otro que no admite ninguna actuación.

Una larga tradición de cuidados prenatales, puede reducir la tasa de nacimientos pretérmino en centros individuales. Por ejemplo en 1930 en Oxforhire, fué considerada una región donde se daban buenos cuidados prenatales y donde la tasa de partos pretérmino estaba en índices mínimos. En términos generales la tasa de partos pretérmino es del 3 al 5% de todos los nacimientos.

Debido a su inmadurez, el niño preterminó presenta muchos riesgos, siendo el más serio el síndrome de dificultad respiratoria idiopático (SIRI). Los adelantos en su conocimiento han conducido a mejorar los cuidados intensivos del niño pretérmino, mejorando drásticamente el pronóstico en menores de 1500 g de peso.

Respecto a la obstetricia del parto pretérmino el Dr. Howie, se ha hecho cuatro preguntas: Cuándo debe evitar-

se el parto pretérmino?. Cuando el tratamiento tocolítico -- puede prolongar significativamente la gestación, mejora el -- bienestar fetal al nacer y reduce la mortalidad perinatal. - Debe acelerarse la madurez pulmonar fetal?. Existe evidencia significativa de que los corticoides juegan un papel muy im-- portante en la producción de surfactante pulmonar, sin embar-- go su uso actualmente está en etapa de revaloración. Cuál es la mejor forma para la extracción del niño pretérmino?. El - parto pretérmino varía, respecto a la presentación en pélvico, de un 23% a las 28 semanas de gestación a un 3% a término.

Se ha comprobado que el parto pretérmino de nalgas - se asocia a una elevada pérdida perinatal y a complicaciones-- como accidentes de cordón, retención de cabeza última, daño - tentorial y lesiones de las visceras abdominales. Estas com-- plicaciones se asocian a una elevada morbi-mortalidad fetal.- El Dr. Goldenberg concluye así, que la mortalidad del parto - pretérmino de nalgas por vía vaginal fue mayor que la justifi-- cada por la prematuridad. Hay un acuerdo general de que el - resultado en los niños de peso bajo al nacer de 1500 g ó me-- nos es mejor tras la realización de una cesárea que por parto pélvico.

El manejo del parto pretérmino de vértice, se compa-- ra en la literatura con la cesárea en niños de bajo peso. --

Los tejidos del niño se dañan fácilmente y el fácil moldeamiento de su débil cráneo puede conducir a hemorragias subependimarias ó intraventriculares. Las contracciones uterinas del pretérmino son similares en intensidad a las del parto a término y cuando la cabeza fetal se encuentra en el suelo de la pelvis, la presión intrauterina puede alcanzar 350 mm. de Hg.

El daño traumático en la cabeza del niño puede reducirse evitando un segundo estadio prolongado con el uso de la episiotomía y el parto con fórceps y la preservación de las membranas íntegras. Por otro lado, hay un gran número de trabajos que han sugerido que la cesárea juega un papel en el tratamiento del niño pretérmino en presentación de vértice. La evidencia en apoyo a este punto de vista es principalmente en lo que se refiere a los niños de bajo peso al nacer. Varios estudios han demostrado porcentajes más bajos tras la cesárea que tras el parto vaginal en este grupo de niños.

La toxemia se puede decir que se caracteriza por la presencia de edema, hipertensión arterial y proteinuria en una mujer de más de 24 semanas de amenorrea ó en los primeros días post parto. Los casos más graves se acompañan de crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas que pueden presentarse antes del trabajo de parto, durante el parto y las primeras 24 hrs. del puerperio. Ocasionalmente la toxemia gravídica --

grave puede presentarse como un estado comatoso súbito sin el antecedente de crisis convulsivas. Cuando así sucede, generalmente se debe a un cuadro severo de hipertensión que produjo un accidente vascular cerebral ó un hematoma subcapsular con ruptura del hígado, hemorragia interna y shock hipovolémico. En resumen, cinco son los signos clínicos de la toxemia del embarazo: edema, hipertensión, proteinuria, crisis convulsivas y estado de coma.

La toxemia se puede clasificar como pura ó como impura ó secundaria. La toxemia pura es atribuible exclusivamente a desviaciones específicas de diversos mecanismos peculiares de la gravidez, sin que existan anomalías previas en otros territorios del organismo materno gestante.

La toxemia secundaria ó impura ó agregada, sería un cuadro muy similar al precedente, pero en un organismo materno con evidencias de anomalías previas de cualquiera de los territorios mencionados a continuación: cardiovascular, renal, metabólico y endócrino.

La patofisiología de la preclampsia primariamente involucra el vasoespasmo periférico generalizado. Las manifestaciones clínicas de este proceso varían de moderadas a severas. Los datos neurológicos se cree representan la presencia de enfermedad más severa y la ocurrencia de crisis convulsivas generalizadas.

Una correlación entre la severidad de los cambios hemodinámicos intrínsecos a la preclampsia y la presencia de enfermedad ó alteraciones neurológicas, es esperada generalmente. El Dr. Clark en su artículo, correlacionando las alteraciones Umodinámicas y neurológicas en la preclampsia y en la eclampsia encuentra que la presión coloidosomótica del plasma fué significativamente más baja en pacientes eclámp_ticas que en preclámp_ticas, lo que sugiere que las crisis convulsivas están en relación con esta disminución. Esto prob_ablemente aumente el líquido intracerebral que se fuga del espacio vascular aumentando el edema cerebral y predisponiendo a las crisis convulsivas. Se corroboró que el problema de fondo es el vasoespasmo sostenido el cual se encontró en todos los pacientes con preclampsia.

La mortalidad perinatal se compara en dos estados de la unión americana, siendo las muertes neonatales en San Antonio, Texas de 9.9% y en Iowa del 21%. La mortalidad fetal fué del 10.1% en San Antonio y de 24.5% en Iowa. Al compar_ar dos cifras diferentes en hospitales del mismo tipo, se debe considerar no solamente la cifra, sino el riesgo de la población a la que atiende. En este caso, la Universidad de Iowa, atendía una población de más alto riesgo, ya que era el único lugar de atención de 3er. nivel en la región.

Si comparamos la mortalidad fetal e infantil de los

EE UU con Noruega, se observa que los países del norte de Europa tienen índices crudos menores. Los Estados Unidos en -- 1977 tenían una mortalidad infantil cruda de 14.1%. Noruega tenía en ese mismo año un índice de 9.2% de mortalidad infantil. Esta diferencia, analizando y ajustando índices, se debe a la alta atención de pacientes con productos de bajo peso la nacer, los cuales son de muy alto riesgo.

La mortalidad materna en julio del 85 en el estado de Washington se comparó por medio de los certificados de defunción junto con los registros de muerte fetal y neonatal de mujeres en edad reproductiva y se encontró que del año de -- 1977 al 81, hubo 112% de muertes maternas no reportadas. La principal causa fué enfermedad hipertensiva del embarazo con el 50% de todas las muertes. Esto no lleva a la conclusión de que se necesita una mayor vigilancia para que se reporten todas las muertes maternas y las estadísticas sean más confiables y más apegadas a la realidad.

JUSTIFICACION

El conocimiento de lo que está pasando en una institución o en un servicio, permite una mejor planeación y una mejor estructuración del mismo. Este estudio permitira una mejor organización del servicio de ginec obstetricia y nos permitirá valorar nuestro nivel de atención materno-infantil, ya que los mismos son insuficientes y no están orientados adecuadamente o hacia quien más los necesita.

La atención estructurada por niveles, nos permitirá una organización mejor. Este trabajo ubicará a nuestra población para una mejor organización y distribución de los servicios de la institución.

Compararemos nuestros resultados con los de años anteriores, con otros resultados de la institución, con otras instituciones de salud y con tasas internacionales.

Analizando resultados nos situaremos mejor y nos daremos cuenta de nuestras necesidades. De esta forma estaremos capacitados para disolverlas una vez que las conocemos en su magnitud real.

OBJETIVOS

Primario: Evaluación y análisis epidemiológico de todas las pacientes que ingresen al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza".

Secundario: Por medio del análisis estadístico sentaremos bases para estructurar programas subsecuentes de atención materno infantil a nivel del servicio de ginec obstetricia ó a nivel institucional.

Comparar este estudio con otros ya realizados en este servicio de ginec obstetricia y con otros realizados en -- otros hospitales en otros hospitales del mismo nivel.

Tener una retroalimentación respecto a cómo están trabajando nuestros programas de atención materno-infantil;

Disminuir la morbilidad y la mortalidad perinatal en nuestro hospital.

Estructurar nuestros programas por niveles de atención y utilizar en forma más racional nuestros recursos.

MATERIAL Y METODOS

Se estudió durante un periodo de 4 meses, del 1o. de mayo al 31 de agosto de 1985, todas las pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias de Ginecobstetricia del Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza", del ISSSTE, México, D.F. (En el protocolo de estudio se había planeado que el periodo fuera de 6 meses: de mayo a octubre del 85, pero con motivo del terremoto del 19 de septiembre, que provocó el cierre del hospital arriba mencionado, se estudió hasta agosto del año de 1985.)

Los datos se tomaron de las libretas de registro de admisión, labor y recuperación del servicio del tococirugía, de las libretas de registro de Neomatología y de Patología del Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza."

Se analizó el número de consultas proporcionadas en Tococirugía, cuantas de estas pacientes se ingresaron y cuantas se egresaron. Se analizó así mismo las principales causas de ingreso; se recabó el número de nacimientos, ya sea por parto, con o sin fórceps ó por operación cesárea. Indicaciones de fórceps así como su número. Se investigaron las indicaciones de cesárea, y el número de éstas. Legrados y su causa. Otros procedimientos quirúrgicos alzados como salpingoclasias,

laparotomías, cesárea histerectomía, histerectomías de urgencia, etc.

Se obtuvo, de acuerdo a tasas definidas por la O.M.S. la mortalidad fetal, la mortalidad neonatal temprana y la mortalidad perinatal. Se registro el número de nacimientos por edad gestacional: pretérmino, de término ó de post-termino.

Se estudió la mortalidad neonatal temprana por edad gestacional. Se analizó cuales fueron las principales causas y peso de los neonatos a su muerte.

Los datos antes mencionados se clasificaron en diversos grupos, los cuales se presentan en tablas para su correlación y análisis.

RESULTADOS

La población estudiada se caracterizó por edad, gestas, nivel socioeconómico y escolaridad.

EDAD	%
15 a 20 años	3.2
21 a 25 años	37.0
26 a 30 años	24.0
31 a 35 años	19.6
36 a 40 años	14.7
T o t a l	98.5

La edad de las pacientes obstétricas atendidas en el servicio de tococirugía varió en un intervalo de 15 a 40 años. - El 61% de las pacientes tenían entre 21 y 30 años.

GESTAS	%
Gesta I	27.65
Gesta II	17.34
Gesta III	19.0
Gesta IV	20.78
Gesta V	5.15
Gesta VI	8.59
Gesta VII ó mas	5.15
T o t a l	100.00%

Las pacientes embarazadas que se atendieron en el servicio de tococirugía fueron principalmente pacientes con cuatro embarazos ó menos. Las gran nutíparas fueron pocas.

NIVEL SOCIECONOMICO	%
Bajo	21.4
Medio-bajo	71.4
Medio	7.1
Alto	
T o t a l	99.5%

La gran mayoría de las pacientes, (el 93% de las atendidas.) fueron de medio socioeconómico desfavorecido ya sea -- por medio-bajo con el 71.4% ó bajo con el 21.4%.

ESCOLARIDAD	%
Nula	8.8
Primaria Completa	38.2
Secundaria	29.4
Bachillerato ó equivalente	14.7
Profesional	8.8
T o t a l	99.9

Nuestra población tenía escolaridad de primaria ó de secundaria en un 66.6%. Esto nos da una idea del tipo de población manejada la cual tenía la mayoría apenas una educación básica.

Resumiendo, el tipo de población manejada correspondía a pacientes en etapa reproductiva entre los 21 y 30 años, con un nivel socioeconómico bajo ó medio bajo, con escolaridad básica y con cuatro ó menos embarazos.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 1985

	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL
CONSULTAS	1,746	1,638	1,543	1,632	6,559
INGRESOS	924	892	817	881	3,514
EGRESOS	822	746	726	751	3,045

TABLA No.1 Número de consultas, ingresos y egresos.

Se dieron un total de 6,559 consultas, de las cuales se ingresaron 3,514 pacientes (53.57%) se egresaron 3,045 pacientes (46.42%).

Se hicieron en el periodo mencionado 6 traslados a otras unidades.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO 1985

DIAGNOSTICO DEL INGRESO	No.	%
Embarazo de término en T. de parto	1,950	59.6
Aborto Inc. del 1º y 2º trim.	490	14.9
Ruptura prematura de membranas	216	6.6
Preclampsia, eclampsia	132	4.0
Amenaza de parto protermino	123	3.7
Embarazo prolongado	108	3.3
Amenaza de aborto	102	3.1
Sangrado del 3er. Trimestre (Placenta Previa, Desprend. prom. de placenta)	50	1.5
Presentación pelvica	45	1.3
Obito fetal	24	0.7
Endometritis (post parto ó césarea)	16	0.4
Otros (Polihidramnios, emb. ectópico, etc)	15	0.4
T o t a l	3,271	99.8

TABLA No. 2 Principales causas de ingreso (Obstétricas).

De los 3,514 ingresos a tococirugía, 3,271 fueron ingresos por causa obstétrica y 243 por causa ginecológica. El Dx de ingreso más frecuente fué por actividad uterina en emba-

razos de término (59.6%).

En segundo término, se ingresaron pacientes con san-
grado TV, con Diagnóstico de aborto del 1er. y segundo trimes-
tre (14.9%) de todos los ingresos. La ruptura de membranas --
(6.6%) la toxemia del embarazo (4.0%) la amenaza de parto pre-
termino (3.7%) y el embarazo prolongado (3.3%).

Le siguieron en orden de frecuencia decreciente los -
ingresos por amenaza de aborto, placenta previa, desprendimient
to de placenta normoinserta, presentación pélvica, óbito fetal,
endometritis ya sea por césarea post parto. Además se observa
ron algunos casos de embarazo ectópico, polihidramnios, anencéf
falos y otros con mas baja frecuencia.

Entre los 243 casos ó ingresos por causas ginecológi-
cas cabe mencionar; Histerectomias, quistes torcidos de ovario,
miomatosis uterina, por metrorragias de origen a determinar, -
pólipos endometriales, laparotomías exploradoras, marsupializaci
ones, Bartholínectomias, etc. Consideraremos en lo subse-
cuente, únicamente los ingresos por causas obstétricas y deja-
remos de lado los procedimientos ginecológicos realizados en -
urgencias.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 1985

NACIMIENTOS	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL
PARTOS EUTOCICOS	458	458	490	407	1,813
PARTOS C/FORCEPS	11	7	12	17	47
No.DE CESAREAS	160	163	171	167	661
T o t a l	629	628	673	591	2,521

TABLA No.3 Número de Nacimientos y forma de extracción.

Se atendieron un total de 2,521 nacimientos de los cuales 1,813 fueron por parto eutócico (71,91%). Por fórceps se atendieron 47 partos (1,86%) sumando en total 2 568 partos, (73,77%).

Se realizaron en total 661 césareas (26,2%)

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 1985

INDICACIONES	No.	%
Electivo	21	23.4
Profilactico	21	44.6
Indicado	15	31.0
T o t a l	47	99.9

TABLA No.4 Fórceps, de acuerdo a su indicación.

Se aplicaron 47 fórceps electivos el 23.4%, profilacticos el 44.6% e indicados el 31.9%.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO 1985

INDICACIONES	No.	%
Césarea previa	21	22.6%
Electivo, primigesta	11	23.4%
Período expulsivo prolongado	1	2.1%
Emb. pretermino	7	14.8%
Sufrimiento fetal agudo	5	10.6%
Otros	2	4.2%
T o t a l	47	99.7

TABLA No.5 Indicaciones para aplicación de fórceps.

Entre las indicaciones de forceps las mas frecuentes fueron las profilacticas y de estas fué la mas frecuente por césarea previa en un 44.6% con 21 fórceps aplicados, le siguieron los forceps electivos (23.42%)

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 1985

FORCEPS	No.	%
Primigestas	11	23,4
Secundigestas	22	46,8
Tercigestas ó +	14	29,7
T o t a l	47	99,9

TABLA No. 6 Forceps aplicados de acuerdo al No. de gestas

De los 47 fórceps aplicados 23,4% fueron a primigestas siendo a multigestas un total de 76,5%.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 1985

INDICACIONES	No.	%
Desproporción cefalópelvica DCP	141	21.3
Césarea previa	78	11.8
Sufrimiento fetal agudo SFA	43	6.5
Iterativa	41	6.2
Baja reserva fetal	38	5.7
Preeclampsia	36	5.4
Presentación pélvica	36	5.4
Embarazo pretérmino y condiciones Obstetricas desfavorables	16	2.4
Otras	232	35.0
T o t a l	661	99.7

TABLA No.7 Indicaciones de césarea (diagnóstico principal)

Se efectuaron en total 661 cesareas; la indicación mas frecuente fué DCP (21,3%) césarea previa en segundo término (11,8%) En otras causas se incluyen: placenta previa, DPPNI, situación transversa, presentación compuesta, etc en total 35%.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO 1985

CAUSA	No.	%
Aborto incompleto del 1er. trim	342	68.2
Aborto incompleto del 2do. trim	120	23.9
Huevo muerto y retenido	28	5.5
Embarazo molar	11	2.1
T o t a l	501	99.8

TABLA No.8 Legrados y su causa.

Se efectuaron un total de 501 legrados. La causa -- más frecuente fué por aborto incompleto del 1er. trimestre con 342 procedimientos, (68.2%). En segundo término el aborto inc. del 2do trimestre (23.9%). Le siguieron en orden de importancia los legrados por Huevo muerto y retenido, aborto diferido, y embarazo molar.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 1985

COMPLICACIONES	No.
Embarazo ectópico roto	14
Ruptura de segmento uterino por fórceps	1
Laparotomía por perforación uterina por LUI	1
Histerectomía por perforación uterina + san grado agudo	1
Cesárea-histerectomía por placenta acreta	1
T o t a l	18

TABLA No.9 Complicaciones obstétricas

Ocurrieron en período de 4 meses 18 complicaciones - obstétricas, siendo la más frecuente el embarazo ectópico roto. Se efectuaron además 144 salpingoclasias post-parto y transce-sárea, laparotomías, y otros procedimientos ginecológicos como marsupializaciones, Bartholinectomías, etc.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO 1985

NACIMIENTOS	2521
Nacidos vivos	2497
Obitos (28 sem ó más o mayores de 1000 g.)	24

TABLA No.10 Mortalidad fetal.

Huevo 2521 nacimientos, 2497 nacidos vivos y un total de 24 productos muertos (obitos). Da por resultado una -- mortalidad fetal de 9.52 x 1000 nacidos vivos.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO 1985

NACIMIENTOS	2521
RN vivos	2497
Muerte neonatal temprana (0-6 días ó 168 hs de vida)	40

TABLA No.11 Mortalidad neonatal temprana.

Se recibieron 2497 productos nacidos vivos, de los cuales 40 fallecieron la primera semana de vida dando una mortalidad neonatal temprana de 15.76 x 1000.

I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO 1985

NACIMIENTOS	2521
RN vivos	2497
Obitos (28 sem ó mas 1000 g)	24
Muertes neonatales tempranas (la semana de vida)	40

Tasa de mortalidad perinatal: Número de nacidos muertos + muertes neonatales tempranas ÷ nacidos muertos + nacidos vivos

$$\text{MP: } \frac{\text{Nac muertos: 24} + \text{muertes neonat. 40}}{\text{Nac muertos: 24} + \text{nacidos vivos 2497}} \times 1000$$

$$\text{MP: } \underline{25.38}$$

Tasa de mortalidad perinatal: Es la suma de Mortalidad fetal + mortalidad neonatal temprana

$$\text{MP: } 9.52 + 15.86 = 25.38$$

TABLA No. 12 Mortalidad Perinatal: Fórmulas para Cálculos.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO 1985

NACIMIENTOS	2521	100%
PRETERMINO		
28-36.6 sem	196	7.7
TERMINO		
37-41,6 sem	2217	87.9
POST-TERMINO		
42 sem ó mas	108	4.2
T o t a l	2521	99.8

TABLA No. 13 Incidencia de nacimientos por edad Gestacional (último período menstrual).

Se atendieron 2521 nacimientos en el período de mayo a agosto de los cuales 196 fueron pretérmino correspondiendo al 7.7%; de término 2217 correspondo al 87.9%; post-término -- fueron 108 correspondiendo al 4.2%. de todos los nacimientos.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 1985

MUERTE NEONATAL TEMPRANA	40	100%
28-36.6 sem de edad	28	70
37-41.6 sem de edad	8	20
42 y mas sem de edad	4	10

TABLA No. 14 Mortalidad neonatal por edad gestacional

De los 40 recién nacidos fallecidos durante los primeros 7 días de vida 28 de ellos (70%) tenían entre 28 y 36.6-sem. de EG; nacieron entre 37 y 41.6 sem (20%) y 4 tenían 42 - sem 6 mas (10%).

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 1985

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	No.	%
Hemorragia cerebral (hipoxia perinatal)	12	30
S.I.R.I.	7	17.5
Membrana y hialina	5	12.5
Sepsis y cid	4	10.0
Broncoaspiracio de liq. amniótico	2	5
Malformaciones congenitas	2	5
Hemorragia pulmonar	2	5
Circulación fetal persistente	1	2.5
Desequilibrio ácido-base	1	2.5
Otros	4	10
T o t a l	40	100.0%

TABLA No.15 Mortalidad neonatal temprana, principales causas.

De las 40 muertes neonatales 12 (30%) correspondieron a hipoxia neonatal, 7 fallecidos por SIRI (17.5%) y 5 por membrana hialina (12.5%). Les siguieron en frecuencia la Sepsia con CID, broncoaspiración de las malformaciones congénitas, hemorragia pulmonar y otras.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO 1985

MUERTE NEONATAL TEMPRANA	40	100%
1001 - 1500 gs.	10	25%
1501 - 2000 gs.	13	32.5%
2001 - 2500 gs.	8	20 %
2501 - 3000 gs.	5	12.5%
3001 - 3500 gs.	2	5%
más de 3500 gs.	1	2,5%

TABLA No.16 Peso de los neonatos a su muerte.

De todas las muertes neonatales 31 (77.5%), fueron de productos que pesaban entre 1001 a 2500 gs. El resto, -- 22.5% ocurrieron en productos de más de 2500 gs.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO 1985

TASAS DE MOTALIDAD

I) Tasa de mortalidad fetal tardía	9.52 x 1000 nv
II) Tasa de mortalidad neonatal temprana	15.86 x 1000
III) Tasa de mortalidad perinatal (período I)	25.38 x 1000
IV) Tasa de mortalidad materna	7.9 x 10,000

TABLA No. 17 Tasas de Mortalidad

Durante el lapso estudiado se presentaron dos muertes maternas directas correspondiendo a una tasa de 7.9 x 10,000 nacidos vivos.

Las dos muertes maternas se debieron: La primera a una complicación anestésica, en un transoperatorio de cesárea, al parecer debido a shock anafiláctico a medicamento administrado intravenosamente.

La segunda muerte materna ocurrió en una paciente precláptica con Síndrome Ictérico que desarrolló insuficiencia hepática y renal en el puerperio, post-quirúrgico.

DISCUSION

En una institución que se precie de tener buena calidad de servicio y en la cual se desarrolle algún tipo de investigación debe llevar un registro estadístico organizado.

En nuestra unidad hospitalaria y en el servicio de Ginec Obstetricia prácticamente no existen antecedentes de este tipo de información.

Hace dos años se empezó a cimentar firmemente este tipo de registros y de investigación epidemiológica.

El presente estudio tiene una base para su comparación y correlación con un trabajo similar realizado en el año de 1984.

Como se ha mencionado es necesario tener estas bases y fundamentos sobre los cuales implementar los programas tendientes a resolver los problemas detectados y medidos en su magnitud real.

Siguiendo el protocolo propuesto en esta investigación se observó un ligero aumento en el número de consultas en el servicio de urgencias de tóco-cirugía, siendo el porcentaje

de ingresos y egresos prácticamente similar lo cual nos indica que aún siguen consultando pacientes en este servicio de urgencias que deberían ser vistas ya sea en consulta de medicina general o en consulta externa de ginecobstetricia en la cual se lograría un mayor número de ingresos por consulta. (tabla 1).

Por lo anterior se debe hacer hincapié en la atención en el 1er. nivel por los médicos correspondientes; en la mejor orientación al derechohabiente para la utilización adecuada -- los servicios de Urgencias.

Creemos se debe reestructurar este primer nivel como se ha recomendado anteriormente para ofrecer mejores servicios para detección temprana, efectuar educación a la comunidad y - canalización adecuada de pacientes.

Aquí debemos mencionar la importancia de la medicina preventiva y la organización por niveles de atención regionalizada.

De los ingresos de las pacientes en general las principales causas fueron embarazo de término en trabajo de parto en primer lugar, luego los abortos del 2do. trimestre la ruptura de membranas y a la par los ingresos por toxemia y por amenaza de parto pretérmino. Posteriormente se analizará la incidencia de amenaza de parto pretérmino ya que constituye el - -

factor número uno y el que aporta el mayor porcentaje en la mortalidad neonatal. (tabla No. 2). Nuestros resultados de causas de ingreso difieren un poco respecto a los del año anterior quizá debido a la falta de un registro de datos más específico y mejor llevado o por la falta de unificación de criterio respecto al asentamiento del diagnóstico exacto en las libretas de registro. Esto nos lleva a considerar un cambio en estos renglones y de alguna forma normatizar y reglamentar este tipo de registros y criterios.

Respecto al número de nacimientos se observó un ligero aumento en el número de nacimiento analizando mes por mes respecto al estudio anterior. Se observó además una disminución muy importante en la aplicación de fórceps, dejando de 8% el año anterior a 1.8% en el año del 85. (tabla 3)

El número de cesáreas prácticamente similar ya que el año anterior se efectuaron 23.1% y en este año un porcentaje de 26.2 cifra intermedia respecto a otras instituciones con hospitales de concentración, de cualquier forma y aunque hay hospitales que tiene cifras de cesáreas de hasta 40-45% debemos revisar nuevamente las indicaciones de las mismas y no optar por el camino más fácil, de interrumpir el embarazo por vía suprapúbica. (tabla 3)

Analizando el número reducido de fórceps que se apli-

caron encontramos que la indicación electiva del fórceps para un hospital de enseñanza es muy baja, además del número también bajo de fórceps aplicado a primigesta ya que se aplicaron mas a multigestas lo que es comprensible ya que el 44.6% se aplicó debido a cesárea previa teniendo como segunda indicación el forceps electivo (23.4%). Tambien se indicaron fórceps en embarazo pretermino en un 14.8% y por SFA. (Tabla 4, 5 y 6). Debemos hacer hincapié nuevamente en la necesidad de aplicar un mayor número de fórceps ya que creemos que este debe seguir siendo un instrumento que domine a la perfección, que obtenga el título de obstetra.

La principal indicación de cesárea sigue siendo la desproporción cefalopélvica; En este estudio fué el 21.3% y en el del año pasado fue prácticamente igual lo cual como se mencionó en la tesis de evaluación epidemiológica del 84, en la mitad de las veces no se justifica.

Observamos que la tendencia a repetir una cesárea en pacientes que tiene una cesárea previa prácticamente tambien tuvo la misma incidencia que el año anterior. Este tipo de indicación es imprecisa y no se debe de tomar por si misma, sino valorando otras posibles indicaciones aunadas a la cesárea previa. (tabla 7)

Notamos que el incremento en el número de cesáreas

por indicaciones mas precisas como SFA, baja reserva fetal, presentación pélvica, embarazo pretérmino, que son las que pueden aumentar la morbimortalidad en caso de que se dejen los productos por parto vaginal, probablemente puedan haber contribuido a la disminución en la morbimortalidad perinatal notada en este estudio. Se debe indicar con mas libertad la cesárea en este tipo de diagnósticos y tratar de revalorar las indicaciones por otras causas no bien valoradas como la desproporción cefalopélvica.

Como ya se señaló debemos recalcar que nuestra lista de indicaciones no es adecuada ya que consta de mas de 30 diagnósticos diferentes, muchos de los cuales no son una indicación real de cesárea.

Insistimos en que se debe realizar una nueva agrupación de indicaciones y recalcamos que la cesárea no es la vía de elección para nacimiento de productos normales pero que en aquellos casos en que se justifique para resolver o prevenir problemas perinatales debe utilizarse mas libremente.

En lo que respecta a los legrados y su causa, la mayor incidencia se debió a abortos incompletos del 1er. y segundo trimestre, los cuales correspondieron al 92% de los legrados. No se incluyen a los legrados por causa ginecológica. (tabla 8). El índice de embarazo molar fué de 1:231, cifra similar

a la reportada por el Hospital General de México.

Respecto a las complicaciones obstétricas por procedimientos obstétricos, sin incluir infecciones o sangrados del 3er trimestre del embarazo, se presentaron 14 embarazos ectópicos, lo que corresponde a 1:180 embarazos, cifra más baja que la reportada en la literatura americana que es de 1:150 embarazos. Se efectuaron además, una cesárea-histerectomía, una laparotomía por perforación uterina y cierre primario, una histerectomía por perforación uterina durante un legrado y sangrado agudo, dando una morbilidad por legrado del 0.5% y una morbilidad por cesárea del 0.3%. (tabla 18). Hubo además una dehiscencia de segmento por fórceps aplicado en cesárea previa y cierre secundario por laparotomía.

En cuanto a la tasa de mortalidad fetal tardía, se observó una baja muy importante en la misma ya que el año pasado fué de 13.6 x 1000 nacidos vivos y el actual de 9.52 x 1000 nacidos vivos. Esta baja sensible puede deberse a una mejor vigilancia del trabajo de parto ya que se implementó en el área de tococirugía una sala de embarazo de alto riesgo, la cual contaba entre otras cosas con un Tococardiógrafo. Este aparato nos ayudó a detectar más tempranamente datos de baja reserva fetal, de sufrimiento fetal agudo y compromiso funicular. Quizá por este motivo se explique el aumento discreto en el número de cesáreas ya que se detectaban a tiempo estos pro-

blemas y se elegía oportunamente la interrupción del embarazo por vía suprapúbica, que como ya mencionamos, se eleva nuestro índice de cesáreas pero baja la tasa de mortalidad fetal tardía, lo cual estaría justificando plenamente este índice alto de cesáreas. (tabla 10)

La cifra de mortalidad neonatal temprana también bajó de 19.3 x 1000 nacidos vivos a 15.86 x 1000 nacidos vivos, y aunque sigue siendo alta para un hospital de 3er. nivel es una baja significativa, la cual puede deberse a la mejor atención neonatal así como a la mejoría de la unidad de cuidados intensivos.

Además con la vigilancia monitorizada del trabajo de parto se obtienen menos productos con hipoxia ó con sufrimiento fetal, ya que se detectan a tiempo y se solucionaba el problema en forma oportuna y eficiente. (tabla 11).

Debido a que la mortalidad fetal tardía y la mortalidad neonatal temprana tuvieron disminuciones sustanciales en sus tasas, la MORTALIDAD PERINATAL, bajó de 33 x 1000 nacidos vivos para el año del 84, a una 25.38 x 1000 nacidos vivos.

Este resultado es relativamente confiable, pero conviene señalar que aún hay deficiencias en el tipo de recopilación de datos que se lleva a efecto en esta unidad.

Aunque la tasa de mortalidad perinatal, ciertamente es menor que la del año pasado, ambos resultados fueron obtenidos con el mismo sistema de recopilación de datos, lo que puede indicarnos una mejor atención Perinatal. (tabla 10, 11 y 12.)

TASAS DE MORTALIDAD	1984	1985
Tasa de Mortalidad Fetal Tardía	13.6	9.52
Tasa de Mortalidad Neonatal Temp.	19.3	15.86
Tasa de Mortalidad Perinatal	33.0	25.38
Tasa de Mortalidad Materna	6.0	7.9

En la tabla anterior se comparan las tasas de mortalidad fetal, neonatal, perinatal y materna. Se observa una baja en las tres primeras la cual puede considerarse como sustancial. La tasa de mortalidad materna prácticamente se conserva igual.

Los índices de parto pretérmino, también fueron bajos siendo de 7.7% (La literatura mundial, reporta una incidencia que va del 6 al 12%) Debemos sin embargo, hacer notar que hubo muerte neonatales en productos de buen peso al nacer aunque el mayor porcentaje estuvo en los productos con pesos entre los -

1001 a los 2000 g. (tabla 13 y 14).

El paso de los neonatos muertos fué de 77.5% para los que pesaron entre 1001 a 2500 g. y de 22.5% para producto de-- más de 2500 g y las principales causas fueron Hipoxia neonatal, SIRC, y membrana hialina, sumando estas tres el 60% de todas - las causas. Estas causas van aunadas al bajo peso al nacer y - el parto pretérmino.

Otras causas menos importantes fueron la Sepsis con- CID, aspiración de líquido amniótico malformaciones congénitas. Como se comentó debemos hacer incapié en disminuir la inciden- cia del parto pretérmino para disminuir esta tasa de mortali- dad.

También tenemos que mejorar la atención a productos - con peso mayor de 2500 g o con edad gestacional de 37 semanas- o más ya que como se comentó anteriormente sigue habiendo muer- tes neonatales en productos con buen peso al nacer. (tabla 14, 15 y 16) y estas son prácticamente evitables en un 100% de los casos.

La mortalidad materna fue de 7.9 x 10,000 NV cifra - que esta dentro de límites bajos con respecto a otras institu- ciones de Ginec Obstetricia donde van de 12-14 x 10,000. Las - muertes ocurridas fueron de causa obstétrica y pueden conside- rarse como evitables por lo que nuestro objetivo será siempre -

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

tratar de bajar esta cifra. (tabla 17).

Si efectuamos un análisis cuantitativo de los datos -
obtenidos como son nacimientos, procedimiento quirúrgicos, con-
sultas, en base a la disponibilidad de recursos, materiales y
humanos, en nuestro servicio de ginecobstetricia, deberemos de
concluir que se trabaja en ocasiones a mas del 100% ya que se
ha tenido índices de ocupación de camas de este nivel de lo --
cual deducimos que el objetivo del hospital y del servicio en-
cuanto a cantidad de derechohabientes y a su cobertura está --
saturada, pero sin que se haya excedido su capacidad en la ma-
yor parte del tiempo.

Se debe insistir en cuanto a mejorar la educación pa-
ra la salud y la calidad profesional del personal que labora -
en el servicio para brindar una mejor calidad de atención a --
los pacientes.

CONCLUSIONES

1.- Debe en primer lugar insistirse en un mejor registro de todos los datos estadísticos en todas las áreas del servicio de tococirugía., concretando y especificando más los diagnósticos.

2.- Se debe concientizar a todo el personas respecto a la gran importancia de que se asienten todos los datos en libretas de registro, previamente diseñadas, con acuciosidad y responsabilidad.

3.- Se debe trabajar con niveles de atención, según el grado de riesgo, bajo moderado ó alto. Para tal efecto se debe organizar el sistema adecuado, de valoración de riesgo con formatos previamente elaboradas para tal efecto.

4.- Se debe capacitar al personal médico y paramédico para la detección y canalización de pacientes al sitio adecuado según el riesgo detectado.

5.- El área de tococirugía debe contar con una unidad de evaluación fetal y materna más adecuada, con más tococardiografos, amnioscopios, ultrasonido, con funcionamiento las 24 -- hrs. ya que el servicio de Perinatología aunque funciona adecua

damente no funciona todo el día en la actualidad.

6.- Para disminuir la mortalidad neonatal, debe funcionar adecuadamente la unidad de cuidados intensivos neonatales, ya que los productos con alto riesgo deben de ser trasladados a otras instituciones con mejores unidades de cuidados intensivos.

Se debe pugnar por tener en la sala de nacimientos - - siempre la presencia y actuación de Pediatras calificados.

7.- Se debe educar y capacitar a la comunidad para que en un momento dado sepan utilizar los servicios que ofrece la - institución según el nivel de riesgo con mayor oportunidad, pro piciando la utilización más racional de los mismos.

8.- Deben establecerse los comités de mortalidad ma--terna y perinatal, ya que éstos analizaran las causas de dichas muertes y nos muestran las fallas. Esto no conducirá a establecer protocolos de manejo y lineamientos normativos.

9.- Existen diferentes criterios de manejo a todos los niveles los que repercute en resultados poco confiables y en ca lidad de atención inadecuada.

Los pacientes similares debieran manejarse en forma si

milar, por lo que sugerimos se efectúen protocolos de manejo-- para todos los procedimientos de manejo diagnóstico, preventivo y terapéutico.

RESUMEN

Se realizó una valoración epidemiológica del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza", del 10. de Mayo al 31 de agosto del 85, con motivo de conocer y organizar mejor el Servicio.

Se recabo toda la información de las libretas de registro de tocirugía, de los expedientes y de neonatología.

Se investigó número de nacimientos, vías de extracción: (forceps, cesareas, parto). Número de consultas, ingresos y egresos. Causas principales de ingreso, laparotomías, -legrados, abortos, emb molar.

Se comparan los resultados con los del año anterior - se realizan tablas de correlación.

Se analizó además, la mortalidad fetal tardía, la mortalidad neonatal temprana y la mortalidad perinatal, destacando las principales causas de dicha mortalidad.

Se analizaron los pesos de los productos a su muerte - así como la edad gestacional.

Se comparan los resultados con los de la literatura - y con los del año anterior.

Se recabó la incidencia de parto pretérmino, sus causas, y la mortalidad de los productos obtenidos, su edad gestacional y su peso.

Se analiza además la mortalidad materna en este período, se compara con la de otras instituciones del mismo nivel y con la del año anterior.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Watson A. B.,: Nacimiento del producto con muy bajo peso -- neonatal. Clínicas de Perinatología 1: 183, 1981.
- 2.- Quezada, R. T.: Embarazo prolongado y parto prematuro. Ginecología y Obstetricia A.M.H.G.O. No. 3 IMSS 2da. edición: 521, 1982.
- 3.- Steven, L.C.,: Preclampsia/Eclampsia: Hemodynamic and Neurologic correlations. Obstetrics & Gynecology 66/3: 337, 1985.
- 4.- Bruce, R.C.,: Endocrinología de la Hipertensión inducida -- por el embarazo. Clínicas de Perinatología. 3:737, 1983.
- 5.- Botella L.J., Modificaciones en la frecuencia cardiaca fetal. Tratado de Ginecología. Tomo I, 12a. edición: 471, - 1980.
- 6.- Martin, L.S.,: Toxemia in patient with none of the standard signs and simptoms of preeclampsia. Obstetrics & Gynecology 66/3: 19S, 1985.
- 7.- Torreblanco, J., Ahued, A.R.; Algunas consideraciones sobre la mortalidad materna en el C.H. "20 de Nov." ISSSTE (mex)- Ginec y Obst. Mex 30: 249, 1971.
- 8.- Langer, A.,: La mortalidad perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología, México. Bol. Med. Hosp. Infantil, Mex. 40/11: 618, 1983.

- 9.- Altshuler, G.: Perinatal Brain damage, Obstetrics and Gynecology. Harper & Row, 4a. edición: 879, 1982.
- 10.-Herman, A.,: Comparing Perinatal Mortality. Obstetrics & Gynecology. 66/3: 347, 1985.
- 11.-Gant, F., Worley, R.,: Hipertensión en el Embarazo, conceptos y tratamiento. Manual Moderno. 1a. edición, 54:1982.
- 12.-López-Llera, M., Llera, M.,: La toxemia del embarazo, lecciones básicas. Limusa. 1a. edición, 15, 1981.
- 13.-Wood, S, M., Hipertensión y enfermedades renales. Ginec y Obst. Temas Actuales. 2: 15, 1981.
- 14.-Erickson, J., Fetal and Infant Mortality in Norway and the United States. JAMA 247/7: 987, 1982.
- 15.-Schwarcz, R.,: Agentes uteroinhibidores en Obstetricia. Biología y Ecología Fetal. Salvat: 797, 1981.
- 16.-Benedetti, T.,: Maternal Deaths in Washington State. Obst. & Gynecology. 66/1: 99, 1985.
- 17.-Chervenak, F.A.,: Estado actual de la valoración y crecimiento fetal. Ginec. y Obst. Temas actuales. 3:435, 1983.
- 18.-McCarthy, B.,: Identifying neonatal risk factors and predicting neonatal deaths in Georgia. Am. J. Obstet. Gynecol. - 142/5: 557, 1982.
- 19.-Niño, P, V., Vargas, G, C.,: Evaluación epidemiológica en el servicio de ginecobstetricia del Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza": 1: 1985. Tesis Profesional UNAM ISSSTE.

- 20.- Anderson, G.,: Pruebas del estado fetal. Complicaciones Médicas durante el embarazo. Ed. Panamericana: 672, 1977.
- 21.-Silverman, W.,: A hospice setting for human neonatal death Pediatrics. 69/3: 239, 1982.
- 22.-Chamberlain, G.,: Epidemiología y etiología del niño pre-término. Ginec y Obst. Temas Actuales. 3: 299, 1984.
- 23.-Knobloch, H.,: Considerations in evaluating changes in outcome for infants weighing less than 1,501 gs. Pediatrics -- 69/3: 285, 1982.
- 24.-World Health Organization, Expert committee on midwifery training, Technical report series No. 93. New York, Columbia, - University Press. 1955.
- 25.-Hellman, L.,: Estadísticas demográficas: Definiciones. Obs. tetricia de Williams. Salvat 1a. edición: 2, 1973.
- 26.-Kliegman, R.,: Perinatal problems of the obese mother and her infant. Obst. & Gynecol. 66/3: 199, 1985.
- 27.-Chevernak, F.,: Perinatal ethics: A practical method of ana lysis of obligations to mother and fetus. Obst & Gynecol - - 66/3: 443, 1985.
- 28.-Suzuki, M.,: Maternal liver impairment associated with pro longed high-dose administration of terbutaline for prematu re labor. Obst & Gynecol. 66/3: 148, 1985.
- 29.-Jurado, G, E.,: El futuro de la Perinatología. Bol. Med. - del Hosp. inf. mex. 40/2:14, 1983.

- 30.-Green, J., McLean, F.,: Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced the incidence of - - birth asphyxia, trauma, and death?. Am. J. Obst. Gynecol. 142/6-1: 643, 1982.
- 31.-Low, A.,: Retardo del crecimiento intrauterino: Estudio - de la morbilidad a largo plazo. Am J. Obst. Gynecology. 142: 670, 1982.
- 32.-Lowenberg, F, E., Vargas, G, C.,: Mortalidad Perinatal en el C.H. "20 de Nov." ISSSTE: Gynecol. Obstet. Mex 34-83, 1973.
- 33.-Wright, R, C.,: Reduction of perinatal mortality in breech delivery through routine use of cesarean section. Obstet. Gynecol. 14: 758, 1959.
- 34.-Mann, L. I.,: Modern management of breech delivery, Am. J. Obstet. Gynecol. 134: 611, 1979.