



11226

82

28



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL "C" 'PDTE. LAZARO CARDENAS'
CHIHUAHUA, CHIH.**

**PREVALENCIA DE LA OPERACION CESAREA
EN LA CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE DE PARRAL
CHIHUAHUA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

EL C. JOSE ANTONIO LOZANO VALENZUELA

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
HOPITAL GENERAL "C" 'PDTE. LAZARO CARDENAS'
CHIHUAHUA, CHIH.**

**PREVALENCIA DE LA OPERACION CESAREA EN LA
CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE DE PARRAL
CHIHUAHUA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

EL C. JOSE ANTONIO LOZANO VALENZUELA

FALLA DE ORIGEN

**PREVALENCIA DE LA OPERACION CESAREA EN LA CLINICA
HOSPITAL DEL ISSSTE DE PARRAL CHIHUAHUA**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR PRESENTA :**

EL C. JOSE ANTONIO LOZANO VALENZUELA


AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ARNULFO TRIGO YEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



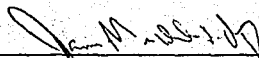
DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
U.N.A.M.

**PREVALENCIA DE LA OPERACION CESAREA EN LA CLINICA
HOSPITAL DEL ISSSTE DE PARRAL CHIHUAHUA**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA.

EL C. JOSE ANTONIO LOZANO VALENZUELA

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER MALDONADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA
Jefe del departamento de medicina familiar
jefatura de servicios de Enseñanza
ISSSTE

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEORICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	5
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	5
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	15
CONCLUSIONES	16
COMENTARIOS	17
ANEXOS	18
CUADROS	18
GRAFICAS	25
BIBLIOGRAFIA	28

INTRODUCCION

La cesárea constituye un procedimiento quirúrgico de terminación del embarazo, que tiene amplia aceptación y cuya utilización rebasa en ocasiones las necesidades propiamente médicas, para ubicarse en un contexto social que a veces responde a las necesidades del médico que la practica o a la moda que actualmente impera en la atención de la salud.

En la clínica del ISSSTE de Parral, Chih. se presenta esta misma situación, en la cual las pacientes embarazadas, sobre todo si son primigestas tienen una alta posibilidad de ser atendidas con una cesárea y posteriormente ser tributarias de nueva cesárea, por haber tenido la primera en el primer embarazo

El presente trabajo se realizó con el fin de determinar tanto las proporciones como las indicaciones aducidas para la realización de este procedimiento y poder determinar, de acuerdo a estas indicaciones si son adecuadas.

Se encontró que de 288 partos atendidos, un 37% son cesáreas, y de ellas el 44 % son primigestas, siendo las principales indicaciones , la desproporción cefalopélvica, el sufrimiento fetal agudo y la ruptura prematura de membranas.

En las multigestas la principal causa de cesárea es la cesárea previa, razón por la cual es de vital importancia la selección cuidadosa de las pacientes primigestas, para este procedimiento, siendo de vital importancia un adecuado control prenatal .

MARCO TEORICO

LA CESAREA:

Es un proceso quirúrgico con acción intrahospitalaria por necesidad que en nuestros tiempos llega a ser una buena medida de carácter heroico en gran número de veces para salvar madre en gestación y producto de la misma pero en otros casos es un acto con escaso fundamento técnico profesional académico y humano.

La práctica de este evento en sus orígenes, se remonta a la época de los grandes Césares 300 años A.C. al parecer uno de ellos fué extraído de su madre mediante una operación quirúrgica semejante a las cesáreas actuales y por tal motivo, el evento quirúrgico correspondiente se le llama cesárea. (1)

Tal situación es la extracción de un bebe con carácter de vialidad por otra vía que no es la natural.

En aquel tiempo de acuerdo a los relatos históricos con una serie de agregados empíricos los niños al ser extraídos del vientre de su madre ya estaban muertos sin embargo las características de este relato tan antiguo ofrece gran número de especulaciones.

Estudios posteriores en este ramo de la cirugía denominaron al acto de intervención "a caseo in utero", que significa extraer un niño de útero ó matriz.

A pesar de todo este tipo de referencias la cesárea se reconoció como un acto quirúrgico más ó menos organizado para salvar esencialmente y en aquella época, la casárea como evento en si y de tal magnitud fué descrita y registrada desde el siglo XVII por Jakes Guilmás.

Harve A. Gaber y Mohamet Bey, en su libro de estudio de la cesárea clasifica prácticamente en tres tiempos ó épocas a la operación cesárea:

1.- La primera época es referida a los tiempos anteriores al siglo XV caracterizada por un sinúmero de mitos y muy probablemente cirugías solo efectuadas de anfiteatro dado el casi nulo desarrollo de la anestesiología.

2.- La segunda época a partir del siglo XVI hasta el siglo XIX. E.U.A. se anotó un verdadero éxito en las áreas de salud de la madre en gestación y atención de perinato, describiendo una técnica operatoria para la cesárea con gran similitud en su procedimiento a lo que se practica en la actualidad y con un porcentaje de hasta un 60% de hijos vivos a su extracción.

3.- La tercera época ó también llamada época moderna, la cual inicia a partir del siglo pasado hasta nuestros días en que lejos de sufrir innovaciones de acuerdo a los cambios pendientes al mejoramiento de la salud humana y modernizaciones en procedimientos para sostener la salud en general, la esencia del procedimiento quirúrgico sigue siendo el mismo.

Básicamente y a grandes rasgos el evento intervencionista se efectúa en forma imprescindible en una sala quirúrgica con un hospital de servicio de segundo nivel colaboración anestesiológica y ayudante quirúrgico y personal ayudante con el apoyo técnico necesario.

Se procede a una incisión abdominal infraumbilical media llegando por planos anatómicos hasta el interior de la cavidad uterina extrayendo el producto con personal que lo asiste procediendo a cerrar por planos sin dejar de haber extraído las membranas placentarias

La cesárea ofrece una alternativa de vida al bebé, situación que definitivamente deteriora en mayor ó menor grado la salud de la madre y/o hijo sumándose a efectos muy propios de respuesta en cada individuo ó idiosincracia de los medicamentos empleados, efectos vasomotores, hipoxemia, participación nula de la madre en el trabajo de parto, posibilidad de sangrado masivo en la transcesárea y otras situaciones de complicada morbilidad, todo lo anteriormente expuesto y accidentes interpuestos perjudican el bienestar del binomio madre e hijo. (32)

Es importante mencionar que la cesárea indica la extracción de productos de la gestación después de haber practicado la histerotomía, sin embargo en casos ocasionales hasta 1 por cada 100,000 gestaciones pudiera desarrollarse un embarazo en forma extrauterina, el cual al llegar al último trimestre de diagnosticarse en forma pronta y efectiva se debe practicar una laparotomía y no una cesárea.

La situación de cesárea es una alternante quirúrgica de el parto, y efectuada bajo normas clínicas precisas puede facilitar un buen resultado en esta forma de

nacimiento. El producto de la gestación desarrollado desde el inicio de la concepción facilitado por una relación sexual en una pareja fértil, con implantación de huevo en la pared uterina.

No hay que olvidar también que en los procesos de inseminación artificial mediante una pipeta con esperma se introduce dentro del órgano genital femenino de la especie que corresponda lo anterior, provee de un embarazo a la mujer con una duración de 40 semanas en forma normal con la perspectiva básica de culminar en un parto feliz que sería la situación óptima en toda gestante.

PARTO

Incluye una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa por vía uterovaginal hacia el exterior los productos de la concepción, que en condiciones totalmente de normalidad y al llegar a su forma madura. Tomando en cuenta que hay factores que pueden modificar todo lo anterior es importante que la atención del parto sea brindada por las personas capacitadas para hacerlo. (22)

El parto presenta tres periodos:

- 1).- El primero se inicia con la dilatación del cervix uterino y expulsión de un tapón mucoso acompañándose de un dolor cólico intenso con progresión en periodicidad intensidad y duración terminando con la dilatación completa del cuello uterino.
- 2).- El segundo continúa de la anterior hasta la expulsión del feto.
- 3).- El tercero es hasta la expulsión secundinas también llamadas alumbramiento ó salida de membranas y placenta.

En los dos periodos iniciales puede encajonarse de una manera estricta a las presentaciones de vértice (cefálica) que con movimientos de adecuación del feto contracción de los musculos uterinos, abdominales y piso pélvico van a facilitar el encajamiento, descenso, rotación interna, flexión, rotación externa y desprendimiento hasta su salida completa por vía vaginal. (23)

En las presentaciones podálica y transversa la pared inferior del cuerpo uterino y la parte superior del cuello llamado también segmento inferior, es poca ó nula la dilatación raras veces completas, por lo que es tan importante un apoyo

multidisciplinario, en la atención para este efecto, sin olvidarnos también de las presentaciones de cara y sus variantes ó bien presentación de hombro que de no detectarse en forma precoz y llevar una secuencia en sus revisiones es de grandes consecuencias. No debemos olvidar también las alteraciones de un trabajo de parto por dimensiones insuficientes para el parto de la pelvis de la futura madre .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Con el presente trabajo, de hecho, se pretende encontrar que motivos ó que causas indujeron a la práctica de 48 cesáreas en 109 primigestas durante los 12 meses de 1994 en la clínica del ISSSTE de Parral, Chihuahua, tal información fué obtenida a través de el Servicio de Estadística, revisión de expedientes que tuvieron la indicación médico-quirúrgico de cesárea, dentro de tal institución, así como revisión general de problema.

OBJETIVOS

- Conocer la frecuencia de operación cesárea en pacientes que acuden a la Clínica Hospital del ISSSTE de Parral, Chih.
 - Establecer las causas de diferencia entre las primigestas y las multigestas
- Tratar de determinar si la elevada frecuencia de la operación cesárea incide en la calidad de la atención del embarazo.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION:

Durante los 12 meses del año de 1994 en la clínica del ISSSTE de Parral, Chihuahua, observamos: que existe un 10% más de incidencia de cesáreas por primera vez en primigestas que en multigestas a las que también se les brindó la atención médico quirúrgica mencionada.

Así pues de un monto de 288 gestantes durante el periodo descrito, encontramos que 109 fueron primigestas llegándose a intervenir con cesáreas 48, con un porcentaje de 44% y las que recibieron atención de parto fueron 61 comprendiendo un 56% . El resto de multigestas totalizan 179 de las cuales 61 requirieron ser sometidas a cesáreas, o sea un 34% y 118 llegaron a la atención de un parto normal sumando un 66% .

Aseveremos que la cesárea es un acto quirúrgico que a veces es indispensable cuyo propósito fundamental es salvaguardar la vida de la madre y del bebe.

Los avances recientes y la verdadera sofisticación de la medicina moderna, la excelente preparación académica del personal de salud avocado a el área ginecoobstétrica y perinatológica y los grandes cambios tecnológicos lejos de mermar la incidencia de cesáreas por el contrario las ha incrementado.

No dudamos del conocimiento, experiencia y superación de los profesionales en el área médica, pero, el estudio que llevamos a cabo nos dá información de índices elevados y no abatidos de cesárea en general y en especial de pacientes primigestas.

Revisando información bibliográfica en especial proveniente de Estados Unidos, la cual nos refiere que la cesárea hace 25 años era efectuada en primigestas en un 7% y al parecer era semejante la relación privado ó institucional. (2)

El en decenio de los 90's hasta un 34% en ese país eran atendidas de esa manera, al parecer principalmente condicionado por factores de carácter jurídico ya que las atenciones clínicas hospitalarias de los pacientes tienen circunstancias de aseguranza en la atención médica. (8)

En la ciudad de Chihuahua en el servicio ginecoobstetrico de Pensiones Civiles del Estado de 1994 nos refiere, en una encuesta estatal de, 1800 cesáreas correspondió a un 44% las efectuadas a primigestas. Porcentaje semejante al estudio que presentamos. Puede enunciarse al escrito referido "que el ser primigesta condiciona de alguna manera, la posibilidad de una cesárea."

¿ La canalización de pacientes obstétricos a servicios de cirugía específicamente ginecoobstétrica debe llevar consigo una referencia franca idónea y adecuada con el control prenatal ? ó bien, ¿la cesárea es una acto quirúrgico que es utilizado para abreviar tiempo y presencia de la atención profesional de tal situación ? .

¿ la decisión ha considerado la morbi-mortalidad maternofetal por tal acción ?
¿ los efectos psíquicos, físicos, sociales, familiares se han tomado en cuenta ?

. Tanto para restauración de la salud de la madre como para la incorporación de la vida del producto al medio extrauterino. Las variantes de este estudio nos esclarecen con facilidad que la indicación de cesárea en primigesta no presenta protocolo de estudio y en algunas de las ocasiones no se encuentra definida con precisión .

FACTORES DE RIESGO

Son todas aquellas circunstancias ó condiciones que complican la estabilidad de la madre y de el feto y que pueden ser agresiones mecánicas, físicas, tóxicas, metabólicas y genéticas y estar constituidos como uno ó más factores de riesgo para las dos vidas.

* El alcohol.- al ingerirse por gestantes en etapas tempranas puede lesionar la génesis del embrión, con consecuencias obvias y directas de acuerdo al grado de la agresión y etapa de embarazo. Siendo las etapas del primer trimestre las que facilitan un aborto y en etapas avanzadas del desarrollo del embarazo a partir del segundo trimestre pueden causar trastornos mentales y de desarrollo.

El alcohol y al igual que drogas ó estupefacientes pueden provocar en mayor ó menor grado síndromes de privación y hasta la muerte con mayor facilidad al feto. Desgraciadamente la situación anterior en los núcleos de población mayoritaria también se acompañan de otras enfermedades como la sífilis, blenorragia, anemia, sida, desnutrición.

* El ejercicio.- provoca cambios en la vasoconstricción visceral perdida de calor através de la piel facilitando deficiencia de Oxígeno al producto, ya que la placenta no tiene sistemas autorreguladores para tal necesidad de tal modo , el ejercicio tiene que considerarse de una manera individual en cada paciente.

La hipertermia en el primer trimestre puede causar lesiones del tubo neural y facilitar un parto prematuro. Si el ejercicio perjudica la capacidad de ventilación de la madre debe de prohibirse.

* El tabaco.- es una causa de aborto espontaneo en el primer trimestre del embarazo y en registros de 1980 revela un 2% del total de las embarazadas y de un parto prematuro hasta 1.5% ; y muerte perinatal hasta 1.7% estadísticas de E.U.A.

* La postmadurez.- circunstancia en la cual el embarazo tiene 41 semanas ó más ó bien por datos de apoyo el producto tiene signos clínicos correspondientes ya sea mediante estudios radiológicos ó sonográficos. Las revisiones periódicas en etapa prenatal con seguimiento en base a parámetros ecosonográficos, estudios de laboratorio; y otros indicadores. Incluyendo una nota clínica completa bien elaborada en todo lo posible y un control prenatal con preferencia desde las primeras semanas de la gestación.

Es aconsejable un mínimo de 3 a 4 estudios sonográficos iniciando desde el primer trimestre. Estos niños postmaduros presentan antes de su nacimiento un alto riesgo de sufrimiento fetal, sepsis de la madre, con ó sin ruptura de membranas y su amnionitis consecuente .

* La hemoglobinopatias.- son entidades patológicas que provoca deficiencia ó dificultad de oxigenación para la madre y el feto y finalmente un riesgo para el sostenimiento de su vitalidad- en el transcurso de la púrpura trombocitopénica, patología que también le facilita riesgos de sangrado con las consecuentes descompensaciones en la oxigenación así como, posible coagulopatía de consumo.

* Lupus Eritematoso.- patología multifactorial que produce aborto espontaneo bajo peso al nacer.

* Las cardiopatías.- circunstancias frecuentes que se presentan hasta en el 2% de los embarazos que llegan a término siendo en la actualidad de una proporción comparativa y con igual presentación a las cardiopatías reumáticas que posteriormente se presentan durante la infancia principalmente.

* La enfermedad renal otra patología de riesgo en los embarazos con creatininas mayores de 1 a 4 mg por cada 100 cm³ de plasma sanguíneo, con un 25 % de hipertensión arterial en relación a las cifras basales de carácter normal, pero si esta no es controlable pone en riesgo al producto y debe de considerarse si es viable o no para efectuar una cesárea generalmente a partir de la treinta y dosava semana.

* **Diabetes mellitus.**- Este padecimiento produce mayor daño en el producto que en la futura madre. Existe un requerimiento indispensable de aplicación exógena de insulina. No olvidando que esta enfermedad produce polihidramnios, macrosomía, infecciones de vías urinarias, ruptura prematura de membranas y el poco o nulo ablandamiento del cuello uterino. Lo anteriormente expuesto puede posibilitar una indicación relativa de cesárea.

* **Hipertiroidismo.**- Tal desorden fisiopatológico puede provocar abortos, deficiencia en el desarrollo fetal y desarrollo de hipotiroidismo al bebé, muy pocas veces trastorno mental en contra de lo que se pensaba hace más de cuarenta años ya que tal circunstancia patológica denominada idiocia hipotiroidea básicamente era causada por trastornos genéticos o embrionarios.

* **Hipotiroidismo .**- Los pacientes que presentan esta patología pocas veces se embarazan, sin embargo cuando lo logran el embarazo llega a su término.

* **Hepatitis.**- Circunstancia de riesgo para la madre y el feto y para las personas que los rodean por lo que debe abocarse de una manera precisa a las medidas preventivas de contagio e infección. Se deben proporcionar una información plena al esposo y sus familiares directos siendo muy útil la vacunación.

* **Las infecciones cervicales de carácter agudo** provocadas principalmente por citomegalovirus producen en un 10 % la posibilidad de infección fetal y de trastornos mentales hasta un 1 % circunstancia que pudiera determinarse mediante la serología de la madre.

* **Trabajo de parto disfuncional.**- Es un fenómeno caracterizado por un evolución lenta del trabajo de parto y las causas pueden ser múltiples como: anomalías en el conducto del parto, contractilidad obstaculizada por infecciones, tumores y trastornos neuromusculares. Otras disfunciones no específicas que pueden provocar la ejecución de una cesárea. La frecuencia cardíaca fetal la relación de un trabajo de parto y si es posible monitorizados en forma electrónica y/o prueba de trabajo de parto con oxitocina , con ó sin estudio radiológico "cefalopelvimetría", etc.

* **Parto pélvico.**- los bebés que nacen en estas condiciones tiene posibilidad de muerte 5 veces más que los que nacen con presentación de vértice. En los

últimos 25 años Queenam y Hobbins analizan cuatro causas principales de muerte prenatal , con esta clase de presentación: 25% en prematuros de menos de 2500 gramos, 6% de malformaciones congénitas por prolapso de cordón 5% , contra 0.5% en las presentaciones cefálicas.

La cirugía no disminuye los índices de morbi-mortalidad materno y fetal sino que los aumenta, sepsis, problemas de sangrado, alteraciones anestésicas, etc. La distocia de hombros no es indicativa de cesárea por el gran riesgo de shock séptico y muerte, debe ser manejado en forma puramente obstétrico.

* Embarazo gemelar.- las mujeres que llegan al final de un embarazo con carácter normal se presenta en un 1% en relación a los embarazos únicos, pero con 5 veces mayor mortalidad perinatal que se acentúa en el segundo producto. Es frecuente que se asocie la hipertensión arterial, retraso intrauterino, bajo peso al nacer. (menor a 2000 gramos). El 50% no es diagnosticado hasta que nace el primero y se percibe un útero no involucionado esta circunstancia no es indicativa de cesárea sin embargo es casi común que a una primigesta con embarazo gemelar se le practique cesárea, pudiendo ser atendidos de una manera efectiva y con menos alteraciones por vía vaginal.

* Desproporción cefalopelvica.- la estrechez pélvica de la madre durante el parto ofrece como una variable importante la posibilidad de una cesárea. Tanto biotipológicamente como en forma anatomoclínica los tres estrechos clínicos ó cualquiera de ellos pudiera estar alterados y dificultar el paso del producto con trastorno del trabajo de parto y sufrimiento fetal consecuente.

La pelvimetría externa método de apoyo ampliamente utilizado en los años 50's daba una aproximación sobre la espera de un parto fisiológico ó una decisión por la cesárea. La pelvimetría interna principalmente digitomanual que en manos expertas parece resolveré muchas dudas sobre la espera ó no de un nacimiento por vía natural. Con mayor perfección la cefalopelvimetría apoya un buen concepto sobre la relación pelvis feto, con mayor utilidad este estudio en aquellas presentaciones de vértice.

* Sufrimiento fetal.- es toda condición que dificulta la utilización, conducción y aprovechamiento de oxígeno para el feto, esto puede ser agudo por minutos de 4 minutos hasta 6 horas con un sufrimiento crónico desde algunas horas hasta algunos días. La taquicardia fetal consecuente a la hipoxemia presente puede ser valorada durante periodos de 15 minutos cada hora y valorar la

necesidad ó no en forma absoluta de la operación cesárea. La bradicardia fetal en las condiciones de viabilidad y previo trabajo de parto es una indicación absoluta de la cesárea .

* La distocia cervical.- es una apreciación obstétrica de carácter subjetivo y con base a la capacitación y práctica de la persona que lo atiende. La tabla de Bishop se apoya en las características de posición del cuello uterino ya sea anterior, media ó posterior, grueso, delgado y borrado ó escasamente borrado. Considerando que en la primigesta esto da un gran apoyo fundamental para un diagnóstico adecuado y considerar la posibilidad remota ó absoluta de cesárea.

* La rubeola.- circunstancia patógena que da problemas al feto antes de los 4 meses informandosele al paciente la posibilidad de anomalías congénitas en su futuro hijo.

* La toxoplasmosis.- puede afectar a madres en cualquier época del embarazo originando a su hijo en gestación: microoftalmia, microcefalia, y/o coriorretinitis. Y puede ser detectada con anticuerpos IGM-contra toxoplasma.

* Cuadros abdominales agudos.- tales patologías en forma transgestacional y no en períodos obstétricos ponen en peligro el producto y la vida de la madre, la correlación multidisciplinaria en forma adecuada de tales problemas disminuye los riesgos.

* La hipertensión del embarazo.- llamada en este caso porque solo es inducida por tal condición clínica se conoce como preeclampsia. Puede ser leve, moderada, severa (grave), una asociación adecuada de los datos clínicos presenta una posible cesárea si a pesar de esto no hay mejoría y de una manera estricta y absoluta en casos de eclampsia severa, la indicaciones es la cirugía, es la que alivia tal situación tanto para la mamá como para el hijo.

La tensión arterial debe tomarse 2 ó tres veces cada 6 horas con el tratamiento sobre todo en problemas leves ó moderados y cada 5 minutos en situaciones más graves, amén de provocar sangrados intraabdominales, cerebrales ó falla cardiovascular en la madre con muerte fetal sistemática.

* Retraso en el crecimiento fetal.- lo favorece la dificultad de oxigenación en el producto llámese por hipotermia, hipoglicemia, desnutrición, tabaquismo, etc.

que pueden detectarse en forma inicial y secuencial comparativo con estudios ecocardiográficos.

* La eritoblastosis fetal.- más comúnmente conocida como isoimmunización para el factor RH , condición que puede provocar la necesidad de una cirugía relativa ó absoluta para extraer el feto independientemente de la viabilidad ó no, porque en muchas de las ocasiones solamente salva a la madre. Sin embargo las observaciones clínicas periódicas los estudios de laboratorio en base a la detección de anticuerpos IGG (prueba de Coombs), todo ello, nos puede indicar la clase de atención que amerita. Tal patología nos puede provocar muerte fetal intrauterina, hemorragia trasplacentaria, trastornos de la coagulación en la madre , etc.

* Polihidramnios.- se define como la acumulación patológica de más de 2 litros de liquido amniótico intrauterino el cual solo puede detectarse con revisiones periódicas y comparativas en base a las pruebas previas, corroborado por estudio ultrasonográfico no olvidar que tal patología con lleva malformaciones congénitas, incompatibilidad de RH, diabetes mellitus y otras.

El polihidramnios puede ser agudo cuando su instalación es brusca y crónica cuando aumenta la colección líquida durante semanas lo cual también puede facilitar una ruptura temprana de membranas, un trabajo de partos prolongado después del segundo trimestre la posibilidad remota ó total de una cesárea.

* La ruptura prematura de membranas.- en E.U.A. el 10% de las gestantes llegan a presentarlo de las cuales solo el 20% es antes del segundo mes, el resto llegan al término, las condiciones de posibilidad a través del amnios debe valorarse para indicar ó no la cirugía.

* Placenta previa.- se presenta en un 45% del total de las embarazadas antes del fin del segundo trimestre. Pero, la elongación del segmento uterino llega a reducir hasta un 1% el que la placenta sea previa. La placenta previa puede ser marginal parcial ó completa siendo las primeras posibilidades de un parto con adecuada vigilancia obstétrica y la última una indicación absoluta para cirugía. Los criterios se basan principalmente en un trabajo de parto, en un sangrado determinado y en un peligro potencial de shock por anemia.

* Desprendimiento de placenta normoinserta.- situación en la que la placenta se encuentra en un lugar del fondo uterino ó de su tercio superior implantada pero que se desprende originando un sangrado escaso, mediano ó de gran cantidad que

podiera provocar la muerte fetal. En el 85% de los casos la sangre se libera entre el embrión y la decidua de tal modo que es visible a nivel transvaginal. Recordar que se agrega hipertoniá uterina, trabajo de parto disfuncional y riesgos de shock hipovolemico. situaciones críticas para la madre y el producto.

MATERIAL Y METODOS

Con el fin de detectar las causas por las que efectuó la práctica de cesárea , en 48 casos de 109 primigestas atendidas durante el año de 1994, en la clínica del ISSSTE de Parral, Chihuahua, se realizó el presente estudio: en forma retrospectiva, descriptiva, observacional y abierta.

Se llevo acabo con la revisión de expedientes de las señoras gestantes que fueron detectadas en el departamento de Estadística y que tuvieron atención obstétrica, ya sea como parto o cesárea.

En la revisión de los expedientes se tomó en cuenta edad, paridad, tipo de atención obstétrica y causas de la realización de la cesárea.

Se tabularon los resultados en forma de cuadros y se realizó un análisis de las causas de las cesáreas, incluyéndose todas las pacientes atendidas durante el año de mención.

Se incluyeron todas las pacientes que llegaron a un período gestacional a partir de la 32 ava. semana en consulta prenatal o las que acudieron en forma espontánea o fueron derivadas de otras áreas.

No se incluyeron : las que presentaron :Aborto, Obito, inmadurez fetal, pseudociosis, etc.

También se excluyeron aquellas pacientes en las que no se encontró el expediente.

RESULTADOS:

De las 288 gestantes atendidas en la clínica del ISSSTE de Parral, Chihuahua durante el año de 1994, 109 fueron primigestas lo que constituye el 38% . Y 179 multigestas o sea el 62%.

De las primigestas atendidas por parto los grupos de edad, con mayor frecuencia fueron de 20 a 24 años y de 25 a 29 también.

Con 42 pacientes que de la misma manera fueron atendidas por cesáreas. De estos grupos de edad con 36 pacientes llaman la atención de una paciente menor de 15 años al cual se le practicó cesárea, y en número de 7 con una edad de 15 a 19 años igualmente.

Hubo una primigesta de 35 a 39 años, atendida por parto.

En el grupo de la multigestas 96 pacientes correspondieron a los grupos de edad de 25 a 29 y de 30 a 34.

Con un total de 94 pacientes en estos dos grupos de los 118 totales atendidos de parto y por cesárea. También estos grupos de edad totalizando 48 de los 61 pacientes que requirieron esta intervención quirúrgica.

Todo lo anterior se encuentra descrito en el cuadro número 1.

En el cuadro número 2 encontramos que el total de nacimientos ocurridos en la unidad 179 casos, o sea el 62% fueron atendidos por parto y 109 casos atendidos por cesárea o sea el 38%.

En el cuadro número 3 de las primigestas atendidas 48 ó 44% fueron por cesáreas y 61 ó 56% fueron por parto.

En el cuadro número 4 de las multigestas atendidas, el 34%, o sea 61 casos fueron atendidos por cesáreas .

En el cuadro 2, registra que los meses del año en que se practicaron más cesáreas fueron durante los meses de Abril, Junio y Septiembre, siendo desde el 42 hasta el 50% y en el mes de Noviembre su frecuencia solamente fué de 30% .

En el cuadro 3, la relación de primigestas durante le mes de Febrero se realizaron cesáreas en 75% , y en el mes de Marzo un 59%, mientras que en el mes de Agosto solamente fué el 20% . Tales relaciones son comparativas a las pacientes atendidas por parto.

En el cuadro 3 y 4. En el mes de Julio tanto en primigestas como multigestas fué el periodo de tiempo en el cual se desarrollaron más cesáreas.

En el cuadro 5, presenta las razones por las que se presentaron más cesáreas, siendo las causas: desproporción cefalopelvica en el 25% de los casos, sufrimiento fetal agudo en el 18.75%. Rupturas de membranas en el 12.5%. Preeclamsia y trabajo de parto prolongado en el 10.41% cada uno. El resto de las causas presentó placenta previa en tres casos, óbito fetal en dos al igual que cervicitis aguda en un caso, posmiomectomía en otro caso. Sufrimiento fetal y presentación pévica en otro caso.

CONCLUSIONES:

Seguramente que el marco de atención profesional con agregados tan importantes como: servicio multidisciplinario prenatal, perinatal y postnatal inmediato; agregando el carácter polifacético del médico así como el enfoque carismático y el profesional. La suma de factores administrativos tecnológicos y otros y que de acuerdo a la individualización de los casos deben de considerarse para aplicar con imperatividad y dar así un servicio adecuado y excelente.

Los manejos de carácter ginecoobstetrico distan mucho de lo dicho anteriormente. La aceleración de un tramite hospitalario ó reducir tiempos en la atención del paciente ó los altos volúmenes de trabajo que a veces son excesivos y nuestro detrimento de la economía de los hospitales contribuyen en gran manera a una mayor incidencia de cesáreas no olvidando que en lugares sofisticados a nivel de atención médica en las áreas primermundistas los motivos de la alta incidencia de cesárea sobre en primigesta son desafortunadamente de carácter jurídico.

COMENTARIOS

Toda patología durante el parto puede originarse por diferentes causas: desórdenes de la contractilidad uterina, alteraciones en el foco fetal, trabajo de parto prolongado postmadurez, alteraciones en la dilatación cervical del útero, desproporción cefalopélvica, ruptura temprana de membranas, trastornos óseos en la pelvis de la mujer gestante, malformaciones fetales, y otras alteraciones. En forma definitiva lo anterior aumenta la morbilidad y la posibilidad de mortalidad materno-fetal.

Todos los parámetros deben ser enjuiciados por personal preparado y responsable para tomar una acción inmediata evaluando y posteriormente actuando en todos los beneficios que puedan ofrecerse a la embarazada y al bebe.

La vigilancia estrecha en el periodo perinatal para proceder en el momento necesario a la acción cesárea.

Podemos pues establecer indicaciones absolutas y relativas de la cesárea y en pacientes primigestas; sin olvidar los peligros que puede incluir la poca, escasa ó deficiente atención de la embarazada.

La atención prenatal a nivel de servicios de consulta externa debe de ser como un mínimo cada treinta días a reserva de patologías incidentes que pudieran ameritar mayor frecuencia. En los últimos tres meses las revisiones pueden efectuarse en forma ordinaria cada dos ó tres semanas. Con estudios básicos de laboratorio desde su inicio. Estudio ecosonográfico de preferencia a partir de la tercera semana con una continuidad de dos ocasiones más; obviamente la secuencia de observaciones a la paciente podría variar de acuerdo a las necesidades clínicas.

La atención perinatal con la presencia y atención de personal multidisciplinario correlacionando su historia clínica con la situación del momento.

La optimización de recursos de nuestro medio desafortunadamente desfavorece un servicio efectivo y adecuado. Las técnicas fortalecidas por equipo tecnológico pocas veces es integral, sin embargo estamos seguros que en la reconsideración y análisis de los diferentes puntos álgidos que pueden repercutir en el efectuar mayor número de cesáreas a las primigestas podría abatirse tal índice con la pormenorización clínica, las disciplinas en favor de pacientes primigestas.

ANEXOS

Cuadro N° 1
Pacientes por grupo de edad en relación a tipo de gestación y atención
recibida
Clínica del ISSSTE. Parral, Chihuahua. 1994

Grupo de Edad	Primigestas		Multigestas		TOTAL
	Parto	Cesárea	Parto	Cesárea	
-15		1			1
15-19	10	7	2	3	22
20-24	22	17	16	6	61
25-29	20	19	48	21	108
30-34	8	4	46	23	81
35-39	1		4	7	12
40-44			1	1	2
45-49			1		1

Fuente: Estadísticas

Cuadro N° 2
Nacimiento ocurridos por mes y por tipo de atención
Clínica del ISSSTE. Parral, Chihuahua. 1994

MES	PARTOS		CESÁREAS		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
Enero	17	68.0	8	32.0	25	100.0
Febrero	10	67.0	5	33.0	15	100.0
Marzo	13	59.0	9	41.0	22	100.0
Abril	11	58.0	8	42.0	19	100.0
Mayo	17	61.0	11	39.0	28	100.0
Junio	19	58.0	14	42.0	33	100.0
Julio	9	50.0	9	50.0	18	100.0
Agosto	11	61.0	7	39.0	18	100.0
Septiembre	14	56.0	11	44.0	25	100.0
Octubre	22	69.0	10	31.0	32	100.0
Noviembre	19	70.0	8	30.0	27	100.0
Diciembre	17	65.0	9	35.0	26	100.0
TOTAL	179	62.0	109	38.0	288	100.0

Fuente: Estadísticas

Cuadro N° 3
Distribución porcentual de las cesáreas en primigestas
Clínica del ISSSTE. Parral, Chihuahua. 1994

MES	PARTOS		CESÁREAS		TOTAL	
	Número	%	Número	%	Número	%
Enero	8	67.0	4	33.0	12	100.0
Febrero	1	25.0	3	75.0	4	100.0
Marzo	3	41.0	4	59.0	7	100.0
Abril	6	46.0	7	54.0	13	100.0
Mayo	7	58.0	5	42.0	12	100.0
Junio	6	55.0	5	45.0	11	100.0
Julio	3	50.0	3	50.0	6	100.0
Agosto	4	80.0	11	20.0	5	100.0
Septiembre	4	50.0	4	50.0	8	100.0
Octubre	5	46.0	6	54.0	11	100.0
Noviembre	9	69.0	4	31.0	13	100.0
Diciembre	5	71.0	2	29.0	7	100.0
TOTAL	61	56.0	48	44.0	109	100.0

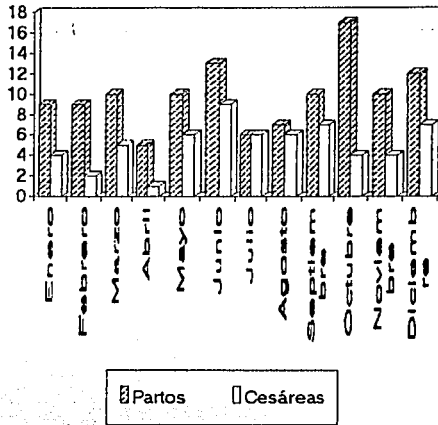
Fuente: Estadísticas

FALTA PAGINA

No 21 a la 24

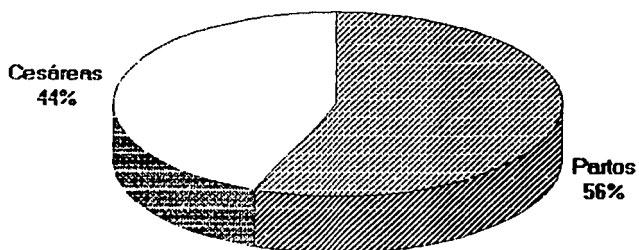
FALTA DE ORIGEN

Gráfica N° 3
Distribución porcentual de partos y cesáreas en multigestas
Clinica del ISSSTE. Parral, Chihuahua. 1994



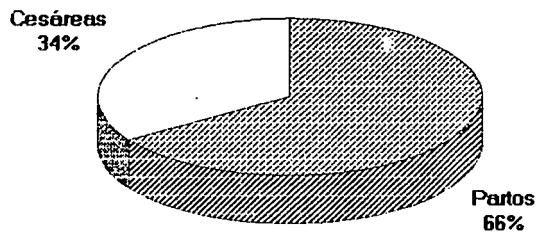
Fuente: Cuadro N° 4

Gráfica N° 4
Nacimientos de por atención en primigestas de partos y cesáreas
Clínica del ISSSTE. Parral, Chihuahua. 1994



Fuente: Cuadro N° 3

Gráfica N° 5
Atención a multigestas
Clínica del ISSSTE. Parral, Chihuahua. 1994



Fuente: Cuadro N° 4

BIBLIOGRAFIA:

1. Harvey A. Habert y Mohamed Bey. Historia de la cesárea. Clinicas en Ginecología y Obstetricia 1989. Página 591-593
2. Joseph M. Miller Jr. Morbilidad materno fetal de la cesárea. Temás actuakes, Ginecología y Obstetricia 1989 página 623
3. Gerald Quick Hijo y Frank C. Miller. Características de la frecuencia cardiaca fetal que ponen en peligro la vida. Clinicas de Ginecología y Obstetricia Interamericana 1981 página 15.
4. D. Kaser (Atals de Operaciones Ginecológicas) Cesárea 1979 páginas 168-170.
5. Ralph Benzon. Diagnóstico y tratamiento de la cesárea 1979, página 954-964.
6. D. Urribarren. cesárea, su frecuencia e indicación. 1993 Jun. vol. 61, páginas 168-170
7. Obxtet Williams. Obstetricia Operatoria. Cesárea, segunda reimpresión 1975, páginas 1008-1035.
8. R. Stafford. El impacto de factores no clinicos en un paciente que se somete a operación cesárea repetitiva. 1991 Enero vol. 168 (4), páginas 59-61.
9. J.V. Carrnona. Porvenir Obstetrico de la mujer sometida a cesárea por primiparida y presentación de nalgas. Ginecología Española 1992 November vol. 19 (9), páginas 380-385.
10. Tam R.G. Stafford. Tendencia a la Cesárea en California 1983 a 1990. Ginecología y Obstetricia. American Journal. 1993. Abril vol. 168 (4), páginas 1297-1302.
11. J.L. Bartha. Parto vaginal en mujeres previamente sometidas a cesáreas. Sin parto vaginal previo. Ginecología Española. 1993 marzo. vol. 20 páginas. 93-97.
12. G. Urribarren. Frecuencia e indicaciones de la cesárea. Ginecología y Obstetricia en México 1993 junio. vol. 61 (6), páginas 168-170.
13. A. Mcfarlane. Que está pasando con los promedios de la operación cesárea. 1993 octubre vol. 342 78, 307 (11), páginas 1005-1005.
14. Reducción de la cesárea en una enseñanza hospitalaria. ginecología y Obstetricia. American Journal. 1990 septiembre, vol. 1631 (3), páginas 738742.
15. Hon Eh. Diagnóstico de stress fetal Clinicas de Ginecología y Obstetricia 3:860. 1960.
16. Tejani N. Mannl. Bhakthavathaslan A. Correlación del corazón fetal y las contracciones uterinas con el Ph sanguíneo. Ginecólogo y Obstetricia, páginas 46 a 395, 1975.

17. Kubli Fw, Jaeser D, Kinselman M. Diagnostico y manejo del sufrimiento fetal por insuficiencia placentario crónico, páginas 323 Amsterdam Excerpta Médica 1969.
18. Horowitz JI, Laros Rk Jr. Anemia y embarazo. Una revisión de la Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Educación continua Ginecología y Obstetricia 21 (2): 9 1979.
19. Queenan J. T. Gadov eC. polihidramnios crónico comparandolo con el agudo. American Journal. Ginecología y Obstetricia 108:349, 1970.
20. Bottoms Sf, Rosen Mg, Sokol Rj. incremento de la cesárea en un trabajo de parto disfuncionales N. England J. Médico 302: 559.1.
21. Ricardo Schwarz. Sala. Duverges. sufrimiento fetal, páginas 654-660. Obstetricia de Beck tercera edición 1978.
22. Beck Taylor. Patología del parto, páginas 421-431, capítulo 21. Obstetricia de Beck novena edición.
23. Schwarz. Clasificación de la pelvis Obstétrica, páginas 600-602. Obstetricia tercera edición 1978.
24. Schwarz. Diagnóstico de la capacidad obstétrica de la madre, páginas 145-150. Obstetricia, tercera edición 1978.

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