

11226 67.  
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

*INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO DE CHIAPAS CLINICA  
HOSPITAL ISSTECH, DR. BELISARIO DOMINGUEZ  
PALENCIA, TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ,  
CHIAPAS.*

**TITULO:**

**Incidencia de cesárea en el servicio de  
Gineco-Obstetricia de la Clínica Hospital  
ISSTECH de Tapachula de C. y O. Chiapas.  
Durante al periodo Sep./95 a Sep./96**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**



**ISSTECH**

**PRESENTA:**

**DRA.: LEONISA MARGARITA LOPEZ VALDEZ.**

**TAPACHULA, CHIAPAS, NOVIEMBRE DE 1999**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

271323



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 esta 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.

TITULO:

**INCIDENCIA DE CESAREA EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA CLINICA HOSPITAL ISSTECH DE TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS DURANTE EL PERIODO SEPT./95 A SEPT./96.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

**PRESENTA:**

**DRA. LEONISA MARGARITA LOPEZ VALDEZ.**

**AUTORIZACIONES:**

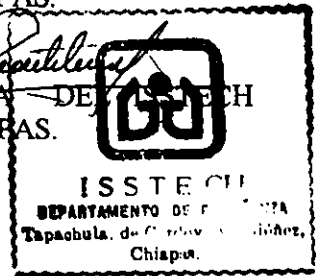
DR. FRANCISCO GAMBOA CASTILLO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSTECH TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS.

DR. CUAHUTEMOC LOPEZ MORENO.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DEL ISSTECH TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS.

**ASESORES:**

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

DR. MARIO ALBERTO LOPEZ VALDEZ.  
GINECO-OBSTETRA.  
DIRECTOR DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL, TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS.



TITULO:

**INCIDENCIA DE CESAREA EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE LA CLINICA HOSPITAL ISSTECH DE TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ CHIAPAS DURANTE EL PERIODO SEPT./95 A SEPT./96.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

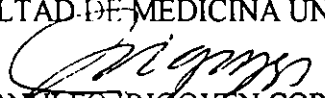
\*\*\*

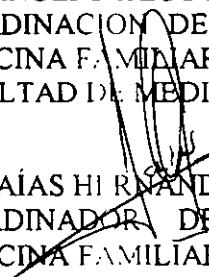
**PRESENTA:**

**DRA. LEONISA MARGARITA LOPEZ VALDEZ.**

**AUTORIZACIONES:**

  
**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

  
**DR. ARNULFO TRIGO Y CORIA.**  
COORDINACION DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR.  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM.

  
**DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES.**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR.  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM.

\*\*\*

**A mi esposo y a mis hijos por  
su apoyo y  
comprensión.**

**A mi asesor de tesis, Dr. Isaías  
Hernández Torres  
Por sus acertados  
criterios de  
investigación y su  
gran paciencia.**

**INCIDENCIA DE CESAREA EN EL  
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DE  
LA CLINICA HOSPITAL ISSTECH DE  
TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ  
CHIAPAS DURANTE EL PERIODO SEPT. /  
95 A SEPT. / 96.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO****FACULTAD DE MEDICINA****DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR****INDICE**

TITULO.....	1
INDICE.....	2
MARCO TEORICO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
JUSTIFICACION.....	34
OBJETIVOS.....	36
METODOLOGIA.....	37
RESULTADOS.....	41
DISCUSION.....	54
CONCLUSIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57

## MARCO TEORICO

### PERIODOS HISTORICOS BASICOS

Hay tres periodos básicos en la historia de nacimientos por cesárea, el primero antes del año 1500, lleno de mitos, la operación se utiliza sobre todo para poder extraer niños vivos de madres muertas, con mayor frecuencia, niños muertos de madres muertas, dada la alta tasa de mortalidad relacionada con la operación. (12)

El segundo periodo va del año 1500 al 1876, durante él se desarrollo la operación y se hizo por primera vez profesionalmente en una mujer viva. (12).

El tercer periodo se inicia en 1876 y alcanzo el desarrollo y refinamiento de la técnica moderna por el trabajo del Porro y Sanger.

Uno de los aspectos más importantes dentro de estas épocas fue la utilización de suturas uterinas, casi todos los cirujanos anteriores a la parte final del siglo XIX se rehusaban a cerrar el útero, por temor de que las suturas cortaran el miometrio contráctil y se produjeran hemorragia e infección. Por tanto, la operación cesárea se hizo durante casi 250 años antes de que utilizaran suturas uterinas. (12,15).

En casi todos los casos el material de sutura consistía en alambres de plata, catgut carbonizado o seda.



M. Lebas de Francia en agosto de 1796, fue el primero en cerrar el útero y utilizó tres suturas pero no se menciona el material, La paciente volvió a sus ocupaciones en dos meses.

De acuerdo a las incisiones se encuentra la propuesta por Kerr, en el segmento uterino inferior, igual que Kehrer, o vertical por Kronig y hoy en día se utilizan con el nombre de acuerdo al lugar anatómico uterino (segmentarias, corporal, segmento corporal).

Cada una utiliza de acuerdo a las indicaciones y habilidades técnicas del cirujano. (12)

### **TIPOS DE CESAREA.**

La cesárea puede realizarse por vía extraperitoneal o transperitoneal. Las técnicas extraperitoneales han sido desplazadas en la actualidad por la transperitoneal, que es la más rápida en su realización y empleo, en un principio incisiones corporales y longitudinales (denominadas también clásicas), por la mayor facilidad al coincidir con la dirección de la incisión laparotómica y pensando que en la línea media la hemorragia sería menor por proceder de la vascularización de los bordes uterinos. La pared sin embargo, era muy gruesa en este tipo de cesárea y facilitaba las infecciones y la hemorragia. Buscando evitar estas complicaciones se propuso su realización en el segmento inferior (Kronig). Con lo que pudo comprobarse una evidente

disminución de la hemorragia y menor riesgo de infección, sobre todo desde que la incisión comenzó a realizarse en sentido transversal. (Kerr). (5,8)

Se ha demostrado retrospectivamente que la cesárea con la técnica de la histerotomía segmentaria y transversal, presenta menor riesgo de ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz en gestaciones posteriores, por lo que hoy se admite dicha técnica como idónea en todo el mundo (10,16)

La cesárea puede realizarse a través de una laparatomía media infraumbilical o a través de una incisión transversal y baja (Pfannenstiel). Actualmente por sus mejores resultado estéticos, tiende a realizarse esta última, aunque se requiere de un tiempo algo mayor en la apertura de la pared abdominal debido al despegamiento de la aponeurosis que con frecuencia obliga a cierto tiempo de hemostasia. (19,16,17).

Por ello, en cesáreas urgentes debe optarse por la laparatomía media, así como en los casos de cesárea iterativa con dicha incisión previa. Finalmente la cesárea puede realizarse en forma electiva (Por decisión previa sin prueba). (9,13)

**A) OPERACIÓN CESÁREA CLÁSICA.** Se ha dicho que la operación cesárea clásica ya es cosa del pasado pero no es así, ya que en realidad esta operación aún guarda una función determinada. La singular ventaja que ofrece este tipo de operación, es que puede practicarse con mayor rapidez que otros procedimientos. Las desventajas que presentan las incisiones en el segmento superior son: (17,21)

- 1.- El mayor peligro de infección
- 2.- Abundante sangrado
- 3.- Dificultad para la peritonización
- 4.- Cicatrización del miometrio defectuosa
- 5.- Mayor peligro de ruptura posterior.

Su principal indicación se encuentra en la placenta previa, sobre todo si es anterior ( para evitar el segmento uterino inferior hipervascular y la placenta misma), y en caso de urgencia obstétrica como *abruptio placentae* y prolapso de cordón, situaciones que demandan una rápida actuación, así como la situación transversa del feto. (10,19)

La práctica de este tipo de operación puede elegirse en los siguientes casos:

1.- Patología del segmento inferior:

- a) Varicosidades muy extensas
- b) Miomas

2.- Cuando es necesario la extracción rápida, como en caso de sufrimiento fetal o en productos pretérmino.

3.- Fijación ventral previa, adherencias sobre la vejiga que impidan la exposición del segmento uterino inferior.

4.- Placenta previa, sobre todo la implantación anterior.

5.- Producto en situación transversa (dorso inferior) o que dificulte la extracción adecuada y rápida del producto.

6.- Cuando existe algún defecto que requiere reparación, en el lugar de una sección cesárea previa.

7.- Cuando se encuentran dificultades técnicas y se ha planeado la esterilización.

En cualquier otro caso, es preferible practicar la sección cesárea cervical baja, excepto si se presenta una indicación de cesárea seguida por histerectomía o para operación extraperitoneal. (7,9)

**B) OPERACIÓN CESAREA POST-MORTEM.** Cuando se trata de salvar al producto es necesario practicar una extensión rápida y en este caso la asepsia no importa. Se puede utilizar cualquier tipo de incisión abdominal, de preferencia media infraumbilical. De igual modo el útero se abre mediante una incisión clásica y se extrae el feto. La única precaución que debe tenerse es la de cortar al producto mientras se incide el útero. (8,18).

**C) OPERACIÓN CESAREA DEL SEGMENTO INFERIOR.** La operación del segmento inferior o segmentaria (laparotraquelotomía), se practica actualmente en la mayoría de los casos (3).

La seguridad y la relativa simplicidad de la operación constituyen las razones principales de su gran aceptación. La mortalidad materna asociada con la operación es tan poco frecuente y, por lo general no se relaciona con la cirugía propiamente dicha. Por otra parte, se ha aceptado que el peligro de una ruptura uterina posterior es mucho menor y ello ha contribuido a una disminución en los riesgos para el producto.

Sus principales ventajas radican en:

- 1.- El riesgo de drenaje de material purulento en la cavidad uterina a la peritoneal, en el puerperio es mínimo.
- 2.- La vejiga y los colgajos peritoneales que cubren y cierran el sitio de corte uterino, disminuyen la posibilidad de una peritonitis secundaria.
- 3.- La pérdida sanguínea es reducida pues el segmento uterino es delgado y menos vascularizado que el cuerpo del útero.
- 4.- Esta técnica previene la formación de adherencias de intestino y epiplón.

Sus principales desventajas son las siguientes:

- 1.- La operación es algo más difícil y larga que la operación clásica, particularmente cuando se trata de cesáreas repetidas.
- 2.- Cuando existe placenta previa o inserción baja de placenta, con adhesión a la pared uterina anterior, es fácil desgarrarla al intentar el

acceso a la cavidad y esto puede causar una hemorragia importante de origen materno o fetal.

3.- La incisión transversal del segmento puede prolongarse lateralmente.

4.- La cesárea segmentaria afecta la frecuencia de la placenta previa hasta 3 veces mas de lo normal, es decir, se incrementa hasta un 10% (21.24)

La cesárea segmentaria está indicada para todas las operaciones electivas y en todas las que se practican después de una prueba de trabajo de parto, salvo en los casos en que: (20) . . . .

1.- Exista patología en el segmento inferior y esto impida la exposición satisfactoria.

2.- Fijación ventral previa o adherencias compactas que excluyen el segmento inferior.

3.- Cuando hay placenta previa con inserción anterior, debajo del segmento uterino inferior.

4.- Cuando hay evidencia de anomalías congénitas fetales, por ejemplo gemelas toracópagos.

5.- Cuando existe una cicatriz defectuosa en el fondo del útero.

6.- En presencia de sufrimiento fetal agudo, cuando las dificultades técnicas indican que la operación sería muy tardada.

7.- En ocasiones, cuando el producto se encuentra en situación transversa y el segmento inferior no logra desarrollarse lo suficiente para que halla un orificio adecuado.(11.17)

**D) OPERACIÓN CESÁREA EXTRAPERITONEAL.** La cesárea extraperitoneal puede emplearse en los casos complicados con una infección mal tratada o descuidada. Aunque la administración profiláctica de quimioterápicos y antibióticos protegen tanto a la madre como al producto de infección durante un trabajo de parto prolongado. Sin embargo, este tipo de operación probablemente implique menos peligro que la cesárea del segmento inferior transperitoneal, en el caso de una paciente con trabajo de parto prolongado que no ha recibido antibióticos y en consecuencia (o como resultado de procedimientos vaginales) presenta una grave infección, la histerectomía realizada después de cesárea es demasiado radical para tal situación, ya que la mayoría de esas mujeres son primigestas y seguramente desearán más hijos.(13.18)

Entre sus ventajas se mencionan:

- 1.- Teóricamente la cesárea extraperitoneal es la cesárea ideal.
- 2.- Está técnica impide que se pase el líquido de amniótico infectado y sangre a la cavidad peritoneal.
- 3.- La operación es realizable aun cuando coincida una distocia con un trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas o amnioititis.
- 4.- Permite la conservación del útero.

Entre sus desventajas se refieren:

- 1.- La operación es difícil y aún con habilidad se pueden causar lesiones peritoneales, vesicales y ureterales.
  - 2.- Esta operación no es practicable antes del término.
  - 3.- Al conservar el útero infectado puede desarrollarse tromboflebitis y peritonitis.
  - 4.- El sangrado uterino postoperatorio es difícil de dominar.
- (16,22)

\*\*\*

### **E) OPERACIÓN CESÁREA CON EXCLUSIÓN PERITONEAL.**

Esta técnica puede ser elegida por el cirujano sin experiencia en la exclusión peritoneal, cuando la ruptura de membranas tiene más de 24 horas de ocurrida o existe infección intrauterina. Esta técnica como la extraperitoneal se utiliza pocas veces desde el advenimiento de los antibióticos.

Antes de hacer el corte del útero, se suturan entre sí las superficies peritoneales, visceral y parietal. Esto tiene por objeto prevenir una contaminación de la cavidad peritoneal con la presencia del material infectado por el útero.

\*\*\*



Las ventajas de este procedimiento son:

- 1.- La exclusión peritoneal es un procedimiento sencillo y permite habitualmente limitar la infección intrapartum del útero.
- 2.- Si llega a ocurrir supuración, el drenaje se hace por lo general extraperitonealmente.

Entre las desventajas se mencionan:

- 1.- La infección del útero puede extenderse a la cavidad peritoneal, ya que la sutura intraperitoneal no constituye en la práctica un sello perfecto.
- 2.- Este procedimiento demanda más tiempo que otras técnicas, y a pesar de las ventajas teóricas con la exclusión peritoneal no ha sido importante la reducción lograda en la movilidad y mortalidad materna.

**F) OPERACIÓN CESÁREA HISTERECTOMÍA.** La histerectomía puede ser subtotal (conservando el cervix) o total. Y se realiza después de la extracción fetal mediante cesárea clásica o segmentaria. En ciertos casos, con el feto muerto o una infección intrapartum, se extirpa el útero con el producto en situ. La operación esta justificada por indicaciones de urgencia, por ejemplo en ruptura uterina, placenta acreta, etc., o electiva, por ejemplo coincidencia de miomas, esterilización imperativa o conveniente, etc. La cesárea histerectomía se practica actualmente con bastante frecuencia, sobre todo la total. (17,22,24)

Las complicaciones de este procedimiento son hemorragia, shock, hipofibrinogenemia y lesiones del tracto urinario.

Las ventajas que se mencionan incluyen:

- 1.- Esta operación elimina el foco de la infección intrapartum.
- 2.- Excluye al útero y al cervix como fuente de sangrado anormal, de dolor y de neoplasia.
- 3.- Impide el embarazo.
- 4.- Previene la necesidad de una segunda operación. (13,22)

Entre sus desventajas se encuentran:

- 1.- La cesárea histerectomía es una intervención más difícil y peligrosa.
- 2.- La contaminación de la cavidad peritoneal no se excluye, aun cuando las precauciones para aislar el campo sean correctas y se extirpe el foco infeccioso.
- 3.- La pérdida de la función menstrual y de la fertilidad es irreversible y puede causar crisis emocional grave. (13,22)

**G) INTERVENCION CESÁREA VAGINAL.** Esta intervención puede practicarse antes de ocurrir la dilatación completa del cervix para la terminación precoz del embarazo, en caso de muerte o anomalías fetales. Prácticamente es una histerectomía anterior que se realiza cuando el embarazo está avanzado. Por lo general se utiliza cuando la intervención abdominal

significa gran peligro por la madre y la posibilidad de obtener un producto normal es muy remota o nula. La operación es con frecuencia muy difícil después de la semana 32, y pocas veces se consigue salvar al feto. En la actualidad, la cesárea vaginal está prácticamente abandonada. (24)

Sus ventajas son:

- 1.- La incisión del cervix y del segmento inferior son cortas.
- 2.- La pérdida sanguínea suele ser corta.

Sus desventajas son:

\*\*\*

- 1.- La operación es difícil de realizar en el último trimestre, porque la exposición operatoria es mala y puede lesionarse la vejiga. (24)

....

## INDICACIONES.

Paralelamente a la frecuencia, las indicaciones de la operación cesárea, han aumentado significativamente hasta el punto que hoy en día existen algunas indicaciones no médicas, llamadas electivas, siendo la que se realiza a petición de la embarazada, sin que exista alguna indicación obstétrica que obligue a ella. (11)

Se clasifican las indicaciones en maternas y fetales, según el origen de la misma. Naturalmente, muchas veces encontramos causas mixtas, por ejemplo en la desproporción céfalo pélvica, se puede encontrar pelvis reducida con producto normal, pelvis normal con producto grande, o pelvis reducida con producto grande.

### CAUSAS MATERNAS:

- 1.- Cesárea iterativa.
- 2.- Distocia ósea.
- 3.- Distocia de contracción.
- 4.- Distocia de partes blandas.
  - a) Edema
  - b) Tumor previo
- 5.- Sangrado.
  - a) Placenta previa.
  - b) DPPNI.
  - c) Ruptura uterina.

6.- Enfermedades generales. . . . .

- a) Nefropatías.
- b) Neoplasias.
- c) Neumopatías.

7.- Otras

- a) Postmortem.
- b) Primigesta añosa
- c) Operaciones ginecológicas previas.

CAUSAS FETALES:

- 1.- Sufrimiento fetal agudo.
- 2.- Situación anómala.
- 3.- Prolapso de cordón.
- 4.- Vicios de presentación (pélvica, cara, etc.)
- 5.- Malformaciones fetales.
- 6.- Embarazo múltiple.
- 7.- Brevedad del cordón.
- 8.- Otras. . . . .
  - a) Retardo en el crecimiento fetal.
  - b) Muerte habitual en útero.
  - c) Embarazo prolongado.
  - d) Parto estacionario con dinámica correcta.

La cesárea iterativa es la que se debe efectuar siempre que exista un antecedente de dos o más cesáreas previas.

La distancia ósea comprende una gama de variantes en la conformación de la pelvis materna que impiden el paso normal del producto, pero lo más frecuente es que se encuentre una combinación de pelvis reducida con producto grande y menos frecuente son las deformaciones de la pelvis por antecedentes de poliomeilitis y fracturas óseas. (2,18,21,25)

La distocia de contracción comprende todas las anomalías en la contracción uterina que pueden tener orígenes muy diversos como son: inercia uterina irreductible, polisistolía, hipertonia y oligosistolía. Son causas poco frecuentes. . . . .

El edema de cervix o de la vagina, la presencia de tumor previo en el canal de parto, son ejemplos de distocia de partes blandas, al igual que el cáncer cervicouterino y la cirugía cervical previa (Manchester y cerclaje tipo shirodkar). (13,24)

Las enfermedades generales como la diabetes, las enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo, las nefropatías, las cardiopatías, etc., indican la cesárea cada día con mayor frecuencia. La causa resulta en un daño fetal crónico (baja reserva fetal) o imposibilidad para la madre de soportar el trabajo de parto. Existen otras causas maternas, como la primigesta añosa y operaciones ginecológicas previas. (19,26)

Son poco frecuentes las cesáreas que se realizan post-mortem y con fines de esterilización.

Los problemas hemorrágicos, principalmente la inserción baja de placenta y el DPPNI, son causas bastante frecuentes de cesárea, dependiendo eso de la magnitud del sangrado real y de las condiciones cervicales.

Entre las causas maternas podemos incluir el denominado producto valioso, que sucede en mujeres con antecedente de esterilidad o infertilidad y de edad avanzada.

Las causas fetales, las podemos dividir en dos grandes grupos: Las que se originan del trabajo de parto, entre las cuales citaremos el sufrimiento fetal agudo, situaciones anómalas, vicios de presentación, prolapso y brevedad del cordón, malformaciones fetales, embarazo gemelar, etc. En el otro grupo entran las causas derivadas de la necesidad de salvaguardar la vida del feto como en la isoimmunización materno-fetal, diabetes, muerte habitual fetal in útero, embarazo prolongado, etc.

Para concluir, se puede decir que la DCP, la cesárea iterativa, las malformaciones fetales y los problemas hemorrágicos, ocupan en conjunto el 90% de todas las causas de cesárea. (8,18,23,25)

## CICATRIZACION.

Conocer la resistencia de la cicatriz post-cesárea es un dato primordial e importante para el futuro obstétrico de una paciente y para el manejo mismo en embarazos posteriores, así como determinar con certeza el comportamiento que el proceso cicatrizal va a tener en los siguientes embarazos permitiendo partos después de cesárea.

Se ha demostrado que los factores complejos de una cicatrización siguen un orden determinado y cuando estos no se producen, se presenta una alteración en la misma.(1)

Se ha establecido que una cicatrización de una herida quirúrgica, cuando es primaria con aposición correcta de los tejidos con una mínima pérdida de los mismos y sin contaminación, comienza la cicatrización muy precozmente, en 24 horas. (1)

Las heridas por sección y saturadas adecuadamente muestran un aumento de la fuerza tensora desde el tercer día, conforme avanza la cicatrización van desapareciendo los fibroblastos y los vasos, aumentando la colágena quedando solamente tejido conjuntivo colágeno sin vasos que dan lugar a cicatrices blancas y retráctiles. (1)

El músculo uterino es parte de aquellos tejidos formados por células permanentes, es decir, que no regeneran y lo que se produce es una cicatriz al seccionarlo, y por ser el útero un órgano de gran vascularidad la fase



exudativa pare ser más marcada, con aparición más rápida de fibroblastos y tejidos conjuntivo. (1)

El proceso de cicatrización se desarrolla en el área de una herida que rápidamente reduce su extensión a una quinta parte, es decir en seis semanas cambia de 10 cm a 1.2 cm.

La cicatrización es diferente en el cuerpo, que en el segmento uterino, la primera es completamente muscular y se produce un crecimiento adyacente activo a diferencia de las segmentarias transversas en que el segmento es más fibroso y produce una cicatrización más densa. (1)

El proceso de reparación de una herida, sobre todo en una herida producida en el útero al practicar una cesárea, está sujeta a una serie de factores que regulan la calidad de la reparación, entre estos factores podemos mencionar:

...

#### *FACTOR CONSTITUCIONAL PERSONAL.*

El poder de regeneración de una herida depende de procesos internos en cada uno de los seres humanos, que hace de esta reparación diferente aún con el mismo tipo de operación en condiciones similares. (1)

- a) HERENCIA: Es conocida la tendencia de algunas familias a formar cicatrices buenas o malas y se transmite de generación en generación.  
(1)

b) RAZA: La cicatrización parece ser diferente en las diferentes razas. (1)

#### ESTADO GENERAL DE LA PACIENTE.

a) EDAD: La cicatrización es más defectuosa y sobre todo más lenta en personas de mayor edad que en jóvenes.

b) NUTRICION: La deficiencia notable de proteínas especialmente metionina, ocasiona un defecto de la curación de las heridas. Igualmente por inferir en el depósito y formación de la colágena. La deficiencia de vitamina C actúa desfavorablemente. (1)

#### EXISTENCIA DE OTRO PROCESO PATOLOGICO

Es conocido que la diabetes ocasiona mala vascularización, y predispone a la infección, es un factor en contra de la cicatrización normal. (1)

#### NIVEL HORMONAL:

En especial es de importancia el hecho que los corticoesteroides tienden a reducir el ritmo de curación de una herida. Los estrógenos, la progesterona, y ACTH también actúan desfavorablemente sobre la cicatrización. (1)

*FACTORES LOCALES INDEPENDIENTES DEL ACTO QUIRURGICO*

- a) TEMPERATURA: El descenso de la temperatura se acompaña de una disminución en la intensidad de la curación de los tejidos.
- b) DISPONIBILIDAD DE TEJIDO LAXO: Los tejidos conjuntivos densos recuperan más lentamente la resistencia tensora. Por esta razón, una cicatriz sobre un tejido cicatrizal, al tener menor riego sanguíneo, y disponer de poco tejido conjuntivo laxo, predispone a una mala cicatrización. (1)

...

*FACTORES LOCALES DEPENDIENTES DEL ACTO QUIRURGICO*

- a) TIPO DE OPERACIÓN: La reparación de la herida variará de acuerdo con el tamaño de la incisión, y el tipo de separación (corte o disociación de fibras).
- b) TRAUMATISMO DE LA HERIDA: Como hematomas, acumulación de exudados, necrosis del tejido y una duración prolongada de la intervención, influyen en una mala cicatrización.
- c) TIPOS DE SUTURA: La coaptación de los bordes, ayuda a una buena cicatrización, además los puntos no deben afrontarse mucho, se piensa que cuando utilizamos puntos separados la cicatrización es mejor que cuando utilizamos surgete, ya que producen menos isquemia y deja menos material de absorción.

El material utilizado al quedar dentro de la herida puede actuar como cuerpo extraño y por lo tanto es un irritante físico; por lo que cuando se utiliza una mayor cantidad o un calibre mayor, dará más reacción. Igualmente el grado de reacción depende del tipo de material, siendo mejores los absorbibles. (1)

## ESTUDIO HISTOLÓGICO.

La investigación anatómica de la cicatriz resultante de una operación cesárea se ha hecho en forma macroscópica desde hace muchos años. en cambio, el estudio intrínseco de la histología del proceso cicatrizal lleva relativamente poco tiempo.

Inicialmente como Williams recomendaba en el año 1917, se pensaba que la cicatrización en la operación cesárea era por regeneración muscular y se buscaba solo las fibras musculares. Después al conocerse como señalaba Hess, que la cicatrización uterina es el resultado de una proliferación del tejido fibroso, ya se comenzó a cuantificar la cantidad de tejido conjuntivo. (1)

Después algunos estudios afirmaron el concepto general, de que una cicatriz uterina después de la cesárea es mejor y tiene más resistencia, cuando histológicamente recupera la imagen estructural del tejido muscular de donde procede.

De este modo se piensa que cuando hay una porción abundante de tejido muscular. numerosos vasos sanguíneos y linfáticos y poco tejido conjuntivo, existe buena cicatrización, considerando lo contrario cuando disminuye la cantidad de tejido muscular con un aumento del conjuntivo.

Una vez revisado los factores que regulan la buena o mala cicatrización y el aspecto histológico de esta, se expresan algunos puntos que deben seguirse en el acto quirúrgico:

- - -

a) Evitar al máximo las insisiones verticales, porque dan peores cicatrices y demás quedan en la parte activa del órgano.

b) Hacer histerotomía por corte y no por disociación, porque la cicatrización es mejor.

c) Resecar la cicatriz previa, para obtener una mejor cicatriz.

d) Hacer la sutura con puntos separados y si es posible no incluyendo la decidua.

e) Utilizar catgut atraumático delgado (No 0 y 00) y en la menor cantidad necesaria. (1,14)

f) Evitar las suturas hemostáticas y las muy apretadas.

En resumen el beneficio de los estudios descritos es ayudarnos:

1.- Mejorar nuestras técnicas operatorias.

2.- Seleccionar a las pacientes para parto post-cesárea.

3.- Determinar el número de operaciones a que podría ser sometida una paciente. (1)

## MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL.

La cesárea es un fenómeno de la segunda mitad de este siglo. Su utilización previa era escasa y hasta 1972 se utilizaba en menos del 10% de los nacimientos. A continuación se exponen las consideraciones de morbilidad y mortalidad de este procedimiento.

1. *MORTALIDAD MATERNA.* En los primeros informes, las tasas de mortalidad materna eran mayores del 75%, el progreso de la antisepsia, anestesia y técnica quirúrgica ha reducido a un 5.5% esta cifra a principios de siglo, con una disminución gradual hasta el 0.3% en los últimos años del decenio de 1950. Los informes desde esa fecha indican de 0 a 267 muertes por 10,000 operaciones. Es difícil separar las muertes relacionadas con el procedimiento quirúrgico, de los procesos patológicos subyacentes: tal vez el 50% de las muertes maternas no sea directamente atribuibles a la operación. El número de muertes en cualquier grupo es pequeño y las principales causas son septicemia, embolia pulmonar, anestesia, hemorragia e hipertensión obstétrica. Estas causas, similares a las de otro tipo de cirugía abdominal, lo son también con excepción de la anestesia, a las de parto vaginal. (23, 26).

La mortalidad materna relacionada con la cesárea, parece ser de 3 a 7 veces mayor que la de parto vaginal. Sin embargo, Petitti y cols., concluyeron que el riesgo había aumentado no más de 2 a 4 veces: y en una revisión reciente, se encontró un aumento apenas del doble. El riesgo absoluto por cesárea se calcula en 6 por 10,000 procedimientos. (21)

2. *MORBILIDAD MATERNA*. La cesárea, es un procedimiento quirúrgico mayor y hay complicaciones transoperatorias y postoperatorias aún tratándose de cirujanos experimentados. Ocurren complicaciones transoperatorias en circunstancias tanto de urgencia como electivas. Es rara la lesión de estructuras adyacentes incluyendo útero, vejiga e intestino, con un 0.3 a 0.1% de complicaciones por laceración cervical y ureteral respectivamente. Las cesáreas repetidas cuando se complican por fibrosis y adherencias tienen relación con una mayor frecuencia de traumatismos vesicales. La incisión uterina puede extenderse hasta el cuello, la vagina o el ligamento ancho (1.3%). Pudiendo romperse los vasos uterinos con la hemorragia consecutiva (0.5%). Finalmente puede ocurrir atonía uterina. (21)

La cesárea también aumenta el riesgo de infección, cuyo tipo más frecuente es la endometritis, que se presenta en 6 a 18% de los procedimientos. En tanto que la infección de vías urinarias en un 1 a 7% y la de la herida en un 1.6%. La pérdida sanguínea excesiva puede transfusión.

Otras complicaciones operatorias incluyen el ileo paralítico intenso que ocurre hasta en 1% de las pacientes, sí bien hay formas más leves en 10 a 20% de los casos. También puede ocurrir embolia pulmonar en el 0.1 a 0.2% de los casos y trombosis venosa profunda en el 0.6 a 1.8% de los casos. Ocurre atelectasia hasta en un 5% de las pacientes cuando se utiliza anestesia general. La diferencia de complicaciones difiere de una institución a otra y con la naturaleza del grupo estudiado, por lo que deberán considerarse éstos factores antes de comparar los datos con la práctica individual y los implementos técnicos. (21)



Aunque hay controversia en cuanto a lo que constituye factores de riesgo de la infección postoperatoria, parece haber un consenso en cuanto a la aceptación de que la cesárea primaria después del trabajo de parto tiene mayor riesgo de infección que una cesárea repetida y que los antibióticos profilácticos disminuyen el riesgo de endometritis, si bien su utilización debe restringirse a pacientes con riesgo. La mejor profilaxia es una buena técnica quirúrgica. Otro factor de riesgo para la endometritis es la duración del trabajo de parto, la duración de ruptura de membranas y anemia materna. Los cirujanos experimentados suelen tener las menores tasas de complicaciones.

*3. MORTALIDAD Y MORBILIDAD NEONATAL.* Si bien suele hacerse la cesárea para proteger al feto, la morbilidad y mortalidad del recién nacido sigue siendo el síndrome de sufrimiento respiratorio la causa más frecuente dependiendo de la edad gestacional. Esta complicación suele deberse a una cesárea electiva programada en un momento inoportuno. El parto quirúrgico en si, aunque cuestionado, no promueve la aparición de síndrome de sufrimiento respiratorio. También puede haber taquipnea transitoria del recién nacido después de la cesárea. Finalmente se ha visto que la cesárea repetida electiva influye en el desarrollo de hipertensión pulmonar en el recién nacido.

Suele pensarse en la cesárea como método de protección del traumatismo obstétrico. Aunque pudiera muy bien deberse a niños demasiado grandes y otros extremadamente pequeños con presentación pélvica. El parto quirúrgico no es una panacea: se ha informado de lesión fetal en 0.4% de las cesáreas,

para el grupo de presentación pélvica, el nacimiento por cesárea o vagina tiene similares tasas de lesiones fetales (0.5 y 1.5%).

Hay morbilidad y mortalidad fetal notorias cuando se requiere una cesárea por ruptura uterina, aquí son frecuentes el óbito fetal y la asfixia que no resulta de la operación sino más bien de una complicación materna.

## INCIDENCIA DE LA OPERACIÓN CESÁREA.

Los estudios de incidencia de la cesárea son de gran utilidad, así en la operatividad de las áreas de gineco-obstetricia, como para el establecimiento de políticas sanitarias en la materia. Así, Vgr, dichos estudios permitieron determinar que en los Estados Unidos, el porcentaje de nacimientos por cesárea incrementó dramáticamente de la década de los 60 a los 90: nacionalmente, 4.5% de los nacimientos fueron por operación cesárea. El porcentaje del 15% en 1980 al 25% en 1988. Desde 1988, la frecuencia de cesáreas tuvo la plenitud llegando al 22.7% en 1990 y a 23.5% en 1991.

Después de la revisión de incidencia de cesárea en los Estados Unidos realizados por la *National Institutes of Health Consensus Development Conference on Cesarean Childbirth*, pudieron conjuntarse criterios tendientes a la reducción de los altos índices detectados. Como consecuencia de ello, se han acumulado pruebas de que en años recientes tales ~~tasas~~ alcanzaron una cifra estable e inclusive tienden a declinar. (29)

En México, los estudios de incidencia de cesárea suelen darse de forma aislada, es decir, no existe un criterio uniforme de interpretación entre las muy diversas instituciones que reportan. Sin embargo, de dichos reportes (que las más de las veces son recopilados sistemáticamente) pueden inferirse altísimas tasas de incidencia (de entre 25 y 27%). Muy significativo resulta el reporte del Hospital de la Mujer, que en su publicación trimestral, refleja una incidencia de 27.8%. (31)

Así mismo, el estudio sistemático de la incidencia permite identificar las causas principales de cesárea que coinciden, en términos generales tanto en la literatura médica estadounidense como en la mexicana no obstante, a existir algunas discrepancias en el orden de las mismas: La desproporción céfalo - pélvica es una de las más comunes (39.4%), seguida de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (36.1%) y de la cesárea previa (30 a 40%) y como cuarta causa se reporta variación entre ruptura prematura de membranas y situación anómala (12 a 13%) (28,29,30,31). Las fluctuaciones en dichas causas tienen variaciones dependiendo de la institución que reporta, del área geográfica y sobre todo de la doctrina del obstetra.

En todo caso, los estudios de incidencia con variables concretas (frecuencia, edades, control prenatal, antecedentes ginecoobstétricos, indicaciones de cesárea, etc.), son instrumentos de primordial importancia, en razón de que permiten no sólo un control logístico adecuado, sino también detectar posibles anomalías en los procedimientos de indicación de ~~la~~ cesárea y en consecuencia, son coadyuvantes en la toma de medidas correctivas en las unidades de ginecoobstetricia y en la formulación de políticas de salud que tiendan a optimizarlos.

La ausencia de este tipo de estudios descriptivos puede acarrear problemáticas graves y diversas tales como la desatención a probables problemas adyacentes a la salud pública (Vgr, el aumento de la atención de problemas asociados con el puerperio post - cesárea) y el incremento indiscriminado de las cesáreas que ha venido siendo en nuestro país, una constante insoslayable.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico antiguo que ha sobrevivido a través de los tiempos, con una sorprendente baja de innovaciones técnicas. Los aspectos importantes de la cesárea residen más en sus indicaciones e incidencia que en detalles técnicos.

La incidencia de la cesárea en los servicios de ginecoobstetricia es (o debiera ser) un objeto primordial de estudio tendiente así al control logístico como a la determinación de problemáticas que pueden estar, por ejemplo, vinculadas con parámetros inadecuados de indicación.

La determinación de estos elementos es, sin embargo, imposible, si no se realizan estudios de incidencia sistemáticos que consideren variables fundamentales tales como: incidencia propiamente dicha (tasas), indicación, edad, indagación sobre el control prenatal, antecedentes obstétricos de las pacientes, etc.

El apartado anterior se ha hecho mención de que la implementación de análisis detallados de esta incidencia puede llevar a la adopción de medidas correctivas que pueden coadyuvar a la declinación de las tasas que bajo condiciones de falta de control y atención tienen a aumentar de forma exacerbada.

En este sentido, la carencia de índices sistemáticos de incidencia puede conducir a constantes que se hacen patentes en la práctica médica. Fue precisamente la alta atención del puerperio post – cesárea en mi consulta la que me llevó a valorar la importancia de dichos estudios descriptivos.

La institución donde se circunscribe el presente trabajo, "Clínica Hospital ISSTECH, Dr. Belisario Domínguez Palencia" de Tapachula, Chiapas, adolece de controles de incidencia lo que obstaculiza, en un momento dado, la evaluación general del servicio de ginecoobstetricia, por lo que el problema que este estudio trata de resolver podría enmarcarse en la siguiente interrogante:

\*\*\*

**¿Cuál fue la incidencia en términos cualitativos y cuantitativos de la cesárea en la Clínica Hospital ISSTECH "Dr. Belisario Domínguez Palencia" durante el período comprendido entre septiembre de 1995 y septiembre de 1996?**

Considero que el estudio que se plantea puede coadyuvar en buena parte a subsanar dicha problemática.

\*\*\*

## JUSTIFICACION

- En la actualidad se carecen en absoluto de estudios retrospectivos que traten de la incidencia de la cesárea en la Clínica Hospital del ISSTECH “Dr. Belisario Domínguez Palencia” de Tapachula, Chiapas
- No existen antecedentes cuantitativos de ninguna especie que reflejen la incidencia de la cesárea en la institución mencionada.
- Existe, sin embargo, una alta incidencia (no cuantificada) de pacientes que requieren la atención del puerperio post – cesárea.
- No se cuenta con datos estadísticos comparativos con la literatura nacional e internacional del estado actual de la cesárea en nuestra institución.

Por lo anterior, se infiere la necesidad de realizar estudios de incidencia retrospectivos de la cesárea que otorguen elementos de control y análisis de las problemáticas vinculadas con la cesárea, así en el propio nivel operativo de la institución como en el nivel de salud pública regional, estatal y nacional.

La cuantificación para efectos prácticos debe analizar diversas variables como indicación de cesárea, edad de las pacientes, control prenatal y antecedentes obstétricos que otorgan parámetros de especial trascendencia para estudios posteriores.



## OBJETIVOS

### 1. Objetivo General.

Conocer la incidencia de la operación cesárea en la Clínica Hospital ISSTECH "Dr. Belisario Domínguez Palencia" de Tapachula, Chiapas en el periodo comprendido entre Septiembre de 1995 y Septiembre de 1996, atendiendo a factores tanto cuantitativos (tasas de incidencia) como cualitativos (diferentes variables como indicación de la cesárea, edad de las pacientes, control prenatal, antecedentes obstétricos y otras indicaciones de cesárea) a fin de obtener elementos suficientes para el análisis de este rubro durante el lapso descrito.

### 2. Objetivo Específicos.

- a) Tener un estudio estadístico, retrospectivo de la cesárea en nuestra institución.
- b) Conocer las estadísticas referentes a las principales variables de la cesárea en la institución en estudio en el periodo señalado, con la finalidad de dejar precedentes claros, sistemáticos y objetivos para investigaciones posteriores.

## METODOLOGIA

### 1. Tipo de Estudio:

El presente estudio se llevó a cabo en la Clínica Hospital ISSTECH "Dr. Belisario Domínguez Palencia" de Tapachula, Chiapas, en el servicio de Gineco-Obstetricia. Fue un estudio descriptivo (Dado que solo se obtuvieron indicadores cuantitativos y cualitativos) y retrospectivo observacional (en razón de que la delimitación temporal del trabajo se circunscribe al período comprendido entre septiembre de 1995 y septiembre de 1996, y de que la recopilación de datos se hizo mediante el método de observación directa de los expedientes de la propia institución).

### 2. Población, Lugar y tiempo:

- a. Población: La referida en los expedientes del hospital por operación cesárea.
- b. Lugar: Clínica Hospital ISSTECH "Dr. Belisario Domínguez Palencia", en Tapachula de Córdoba y Ordoñez, Chiapas.
- c. Tiempo: Septiembre de 1995 a Septiembre de 1996.

### 3. Muestreo:

Se circunscribe a la revisión de los expedientes durante el período de Septiembre de 1995 a Septiembre de 1996.\*\*\*

#### **4. Criterios de Selección:**

##### **a) INCLUSIÓN:**

- Pacientes que ingresaron a la unidad tocoquirúrgica por procedimientos obstétricos.
- Todas las pacientes con o sin trabajo e indicación de cesárea, y;
- Todas las pacientes programadas para cesárea.

##### **b) EXCLUSIÓN**

- Pacientes sin expedientes
- Pacientes con expediente incompleto

##### **c) ELIMINACIÓN:**

- Pacientes que no acudieron a revisión después de operadas
- Pacientes que fueron manejadas extrahospitalariamente con posterioridad a la cirugía.

## **5. Variables:**

Las variables medidas en el trabajo fueron:

- a) Incidencia de la cesárea
- b) Indicación de la cesárea
- c) Edad de las pacientes sometidas a la intervención quirúrgica
- d) Control prenatal de las pacientes operadas
- e) Antecedentes obstétricos en tres rangos:
  - Primigestas
  - Secundigestas
  - Multigestas
  
- f) Otras indicaciones de cesárea en cinco rangos:
  - Electiva
  - Histerectomía previa
  - Condilomatosis vaginal
  - Primigesta añosa
  - Embarazo prolongado

## **6. Procedimiento de Captura de Información**

El texto fue capturado en el procesador de Texto MS – WORD 7.0 para el Sistema Operativo WINDOWS 95.

Todos nuestros resultados fueron tabulados y graficados bajo el sistema de Harvard Graphics 3.0.

La información se alimentó directamente de los expedientes al programa, por lo que no se utilizó ninguna cédula de recopilación.

En ambos se utilizó un ordenador personal Acer Entra Pentium.

## 7. Consideraciones Éticas:

La declaración "Helsinki II" (Artículo 1, 9) requiere que no se utilice sujetos humanos en investigaciones medicas sin que se obtenga su "Libre consentimiento informado" después de haberles indicado debidamente "Los objetivos, métodos, posibles beneficios y riesgos previsibles" del experimento y la posibilidad de abstenerse de participar o retirarse en cualquier momento. Sin embargo, dicho consentimiento por si solo no protege suficientemente al sujeto y por ello siempre debe ir acompañado de una evaluación ética independiente de las investigaciones propuestas. Además, son muchas las personas que no están en condiciones de emitir un consentimiento consciente, entre ellas los menores, los adultos enfermos o deficientes mentales y todas las personas completamente ajenas a los conceptos de la medicina moderna, para quienes el consentimiento supone una participación pasiva cuyo consentimiento son incapaces de comprender. La evaluación ética independiente es imprescindible para estos grupos.

El artículo 8 de la misma Declaración establece que "Al publicar los resultados de la investigación, el médico tiene la obligación de respetar su exactitud".

Ambas requisitaciones se reúnen en el presente reporte de investigación.

## RESULTADOS

Durante el periodo de tiempo transcurrido de septiembre de 1995 a septiembre de 1996, se admitieron en la unidad tocoquirúrgica de la Clínica Hospital ISSTECH "Dr. Belisario Domínguez Palencia", de Tapachula Chiapas un total de 187 pacientes para atención obstétrica inmediata (100%), de las cuales 15 pacientes (8.02%) correspondieron a pacientes con diferentes variedades de abortos, 101 pacientes (54.01%) fueron admitidas para parto y 71 pacientes fueron operadas de cesárea con índice del 37.96% (Ver gráfica y cuadro No.1)

Nuestras indicaciones de cesárea fueron: en primer lugar la cesárea iterativa con un número de 20 pacientes (28.16%), seguida de la desproporción céfalo pélvica con un total de 14 pacientes (20%), en tercer lugar encontramos como indicación de cesárea el sufrimiento fetal con 10 pacientes (14.08%), el resto de las indicaciones con números no significativos fueron: presentación no cefálica (6 pacientes, 8.4%); R.P.M. (5 pacientes, 7.04%); enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (3 pacientes, 4.22%); placenta previa (3 pacientes, 4.22%); falta de progresión en el trabajo de parto (2 pacientes, 2.81%) y, otros (8 pacientes, 11.26%). (ver gráfica y cuadro número 2).

El promedio de edad de nuestras pacientes fue de 27 años, observándose una predominancia del grupo de edad entre los 20 a 24 años (20 pacientes, 28.16%), este grupo fue seguido de los pacientes de 30 a 34 años (17 pacientes, 23.94%) y el grupo minoritario fueron las pacientes mayores de

40 años con 2 pacientes para un promedio de 2.81% (ver gráfica y cuadro numero 3).

Es importante mencionar que no encontramos ninguna relación entre la edad y la indicación de la cesárea, en el cruce de información, esto es, no por ser mayor de edad predominó la indicación de iterativa o viceversa, no por ser joven predominó la D.C.P.

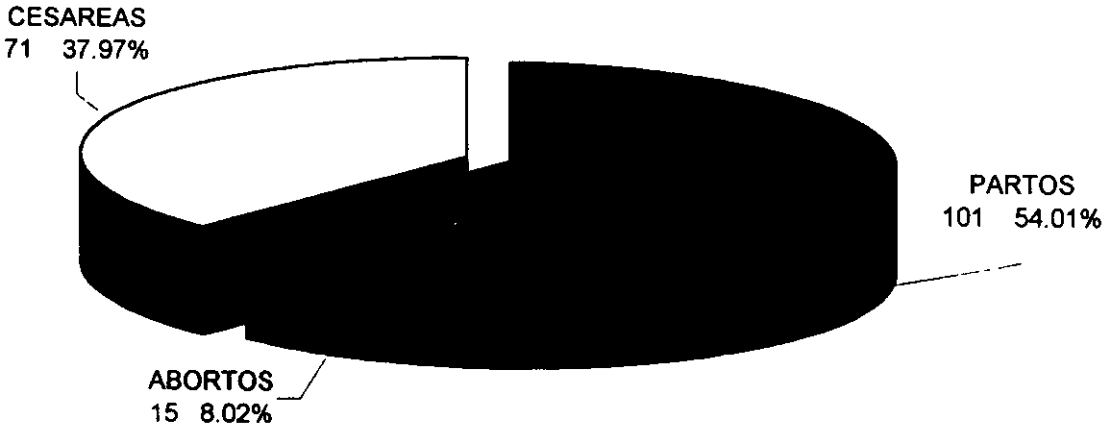
La mayoría de nuestras pacientes llevaron control prenatal en nuestra institución con un promedio del 74.65%(53 pacientes ), y solo el 25.35% de nuestras pacientes (18), no acudieron a su control prenatal. (ver gráfica y cuadro número 4), sin embargo es importante mencionar que las dos pacientes que desarrollaron enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo llevaron control prenatal y como sabemos esta patología es predecible y prevenible en un buen número de pacientes. Asimismo la mayoría de las pacientes con R.P.M. llevaron control prenatal, solo una no lo llevó. Si entendemos que la R.P.M. tiene como etiología principalmente las infecciones sobre todo urinarias asintomáticas y cervicales, consideramos indicaciones que se pueden evitar.

En cuestión de las gestaciones de nuestros pacientes, la mayoría fueron primigestas (27 pacientes, 38.02%), seguidas por multigestas (25 pacientes, 35.21%) y el grupo de las secundigestas (19 pacientes, 26.76%) ocupó el ultimo lugar (Ver gráfica y cuadro numero 5). Nos llamo la atención que según se asienta en el expediente 3 pacientes contaban con el antecedente de una cesárea previa y fueron catalogadas como iterativas.

Dentro del grupo de otras indicaciones para la operación cesárea se enumeran la primigesta añosa, con 3 pacientes (37.50% del grupo de otras causas y 4.22% del total de pacientes estudiadas), la indicación de cesárea electiva fue en 2 pacientes (25 y 2.8% respectivamente) y el resto de las indicaciones carecieron de importancia estadística. (ver gráfica 6-7 y cuadro No. 6).



# GRAFICA 1 INCIDENCIA DE CESAREA



**Total de pacientes 187**

■ PARTOS    ■ ABORTOS    □ CESAREAS

## CUADRO No1

## INCIDENCIA DE CESAREA

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PARTOS	101	54.01%
ABORTOS	15	8.02%
CESAREAS	71	37.96%
TOTAL E PACIENTES	187	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICA HOSPITAL ISSTECH TAPACHULA CHIAPAS

## CUADRO No.2

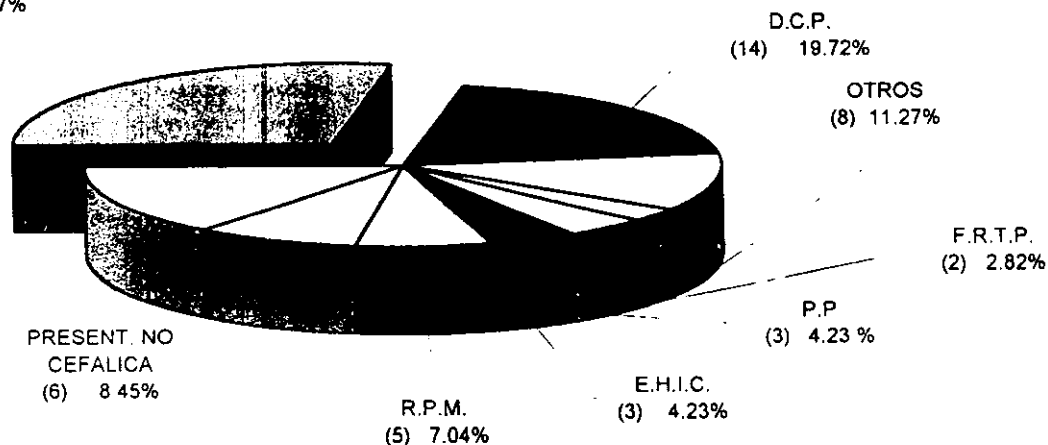
## INDICACION DE CESAREA

	No. DE PACIENTES	% DE CESAREAS 71 PACIENTES
D.C.P.	14	19.71
ITERATIVA	20	28.16
S.F.A.	10	14.08
PRESENT. NO CEFALICA	6	8.45
R.P.M.	5	7.04
E.H.I.C.	3	4.22
P.P.	3	4.22
F.P.T.P.	2	2.81
OTROS	8	11.26

FUENTE: ARCHIVO CLINICA HOSPITAL ISSTECH TAPACHULA CHIAPAS

## GRAFICA 2 INDICACION DE LA CESAREA

TERATIVA  
(0) 28.17%



**Total de Pacientes 71**

ITERATIVA  
 OTROS  
 P.P  
 R.P.M.  
 S.F.A.

D.C.P.  
 F.R.T.P.  
 E.H.I.C.  
 PRESENT. NO CEFALICA

CUADRO No. 3

## EDAD DE LA CESAREA

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
15-19	8	11.2
20-24	20	28.16
25-29	16	22.53
30-34	17	23.94
35-39	8	11.26
>40	2	2.81
TOTAL	71	100%

PROMEDIO DE EDAD DE 27 AÑOS

FUENTE: ARCHIVO CLINICA HOSPITAL ISSTECH TAPACHULA CHIAPAS

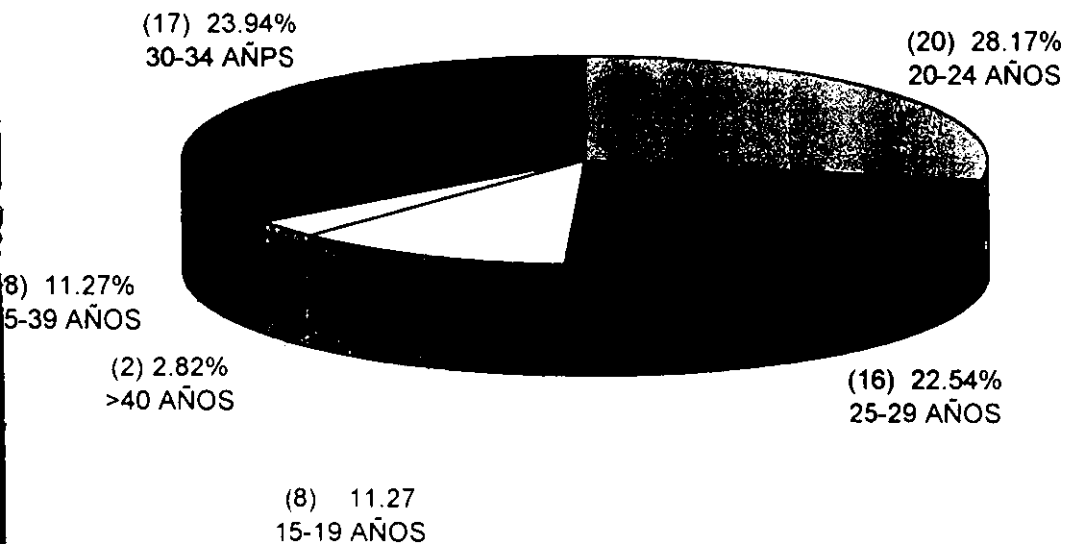
CUADRO No. 4

## CONTROL PRENATAL Y CESAREA

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CONTROL PRENATAL	53	74.65
SIN CONTROL PRENATAL	18	25.35

FUENTE: ARCHIVO CLINICA HOSPITAL ISSTECH TAPACHULA CHIAPAS

GRÁFICA 3  
**EDAD DE LA CESAREA**



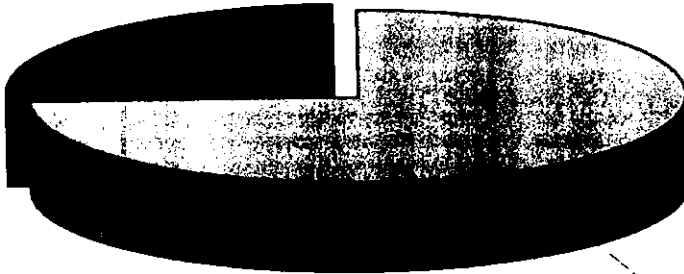
Promedio de edad 27 años  
 Total de pacientes 71

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 20-24 AÑOS | <input checked="" type="checkbox"/> 25-29 AÑOS | <input type="checkbox"/> 15-19 AÑOS            |
| <input type="checkbox"/> >40 AÑOS   | <input checked="" type="checkbox"/> 35-39 AÑOS | <input checked="" type="checkbox"/> 30-34 AÑOS |

# GRAFICA 4

## CONTROL PRENATAL Y CESAREA

SIN CONTROL  
PRENATAL  
(18) 25.35%



CONTROL  
PRENATAL  
(53) 74.65%

\*\*\*

**Total de Pacientes 71**

□ CONTROL PRENATAL    ■ SIN CONTROL PRENATAL

CUADRO No: 5  
ANTECEDENTES OBSTETRICOS

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PRIMIGESTAS	27	38.02
SECUNDIGESTAS	19	26.76
MULTIGESTAS	25	35.21

FUENTE: ARCHIVO CLINICA HOSPITAL ISSTECH TAPACHULA CHIAPAS

CADRO No. 6

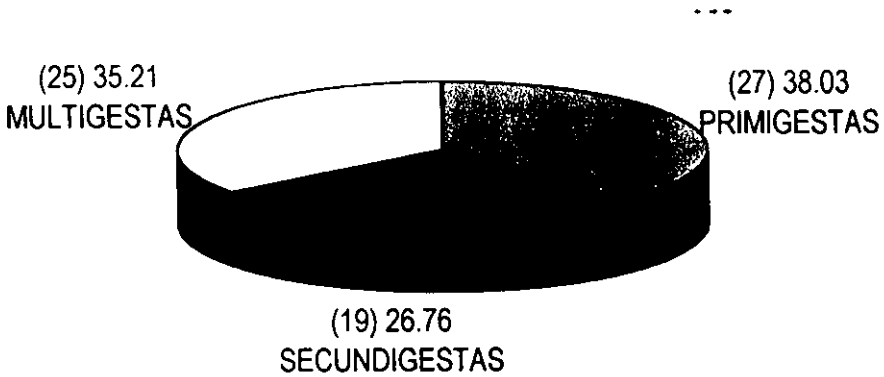
OTRAS INDICACIONES DE CESAREA

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE	% DEL TOTAL
ELECTIVA	2	25.00	2.8
PRIMIGESTA AÑOSA	3	37.50	4.22
HISTEROTOMIA PREVIA	1	12.50	1.4
EMBARAZO PROLONGADO	1	12.50	1.4
CONDILOMATOSIS VAGINAL	1	12.50	1.4
TOTAL PACIENTES	8	100%	11.26

FUENTE: ARCHIVO CLINICA HOSPITAL ISSTECH TAPACHULA CHIAPAS

# GRAFICA 5 ANTECEDENTES OBSTETRICOS

51



Total pacientes 71

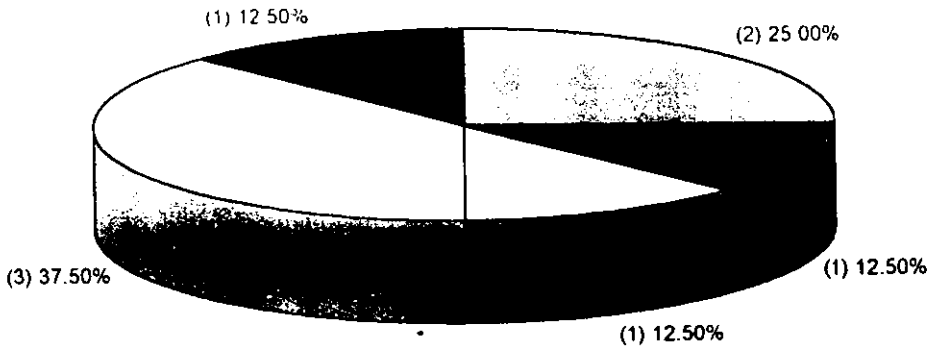
- PRIMIGESTAS
- SECUNDIGESTAS
- MULTIGESTAS

ENTE: ARCHIVO CLINICA HOSPITAL ISSTECH TAPACHULA CHIAPAS



# GRAFICA 6

## OTRAS INDICACIONES DE CESAREA



Total Pacientes 8

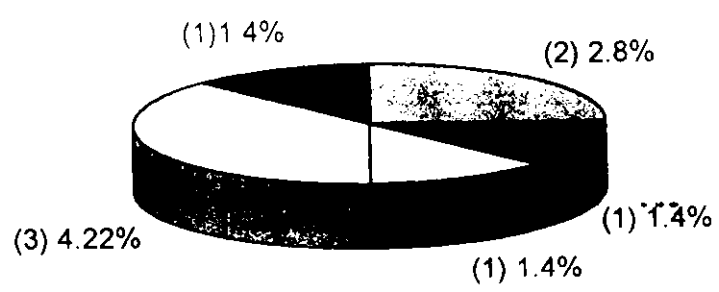
- Electiva
- Condilomatosis Vaginal
- Embarazo Prolongado
- Histerotomia Previa
- Primigesta Añosa

Fuente: Archivo Clínica Hospital ISSTECH Tapachula Chiapas

# GRAFICA 7

## OTRAS INDICACIONES DE CESAREA

### PORCENTAJE TOTAL DE PACIENTES



TOTAL PACIENTES 8 (11.26 DEL TOTAL)

- 
- HISTERETOMIA PREVIA
  CONDILOMATOSIS VAGINAL
- EMBARAZO PROLONGADO

## DISCUSION

La tasa de incidencia de cesáreas detectada en nuestro estudio es, como se ha dicho de 37.6%. Éste es un índice demasiado elevado comparado a los registrados en los últimos años en los Estados Unidos de América (aproximadamente 23.5%) y en instituciones mexicanas con alto índice de demanda, como el Hospital de la Mujer en el Distrito Federal (27.8%).

Por otra parte, en lo referente a los tipos de cesárea se presenta una variación en relación a las tendencias generales revisadas en el marco teórico: reviste especial importancia la incidencia de la cesárea iterativa (en primer lugar en nuestros indicadores cuantitativos), y la reducción cuantitativa de la importancia de la desproporción céfalo - pélvica y de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

La alta tasa de incidencia de cesáreas en nuestra institución (considerando como base la comparación con los indicadores nacionales y estadounidenses) puede ser significativa de indicaciones de cesárea incorrectas, o bien de un problema de salud pública a nivel regional, elementos que podrían ser objeto de estudio de investigaciones médicas posteriores.

Cabe apuntar que no obstante a que el trabajo se hizo atendiendo el mayor grado de normas metodológicas preestablecidas, los indicadores obtenidos son válidos relativamente, en razón de que las pacientes sometidas a los criterios de exclusión pudieron haber variado considerablemente los resultados. Así mismo, sería subjetivo hablar de

problemas detectados a nivel regional cuando no han sido considerados otros servicios de salud como los prestados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, por la jurisdicción VII de la Secretaría de Salud así como por Instituciones Privadas.

Se recomienda que este tipo de estudio se haga extensivo a otras instituciones de salud pública y privada a fin de obtener indicadores más objetivos y completos. Estos estudios idóneamente, deben ser metodológicamente homogéneos y ser posteriormente sujetos a un análisis de incidencia general, que tendría una gran trascendencia entre los tópicos de salud pública de la plaza multirreferida en el presente trabajo.

## CONCLUSIONES . . . .

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación y después del análisis gráfico de los mismos, podemos concluir que:

1.- La incidencia de la cesárea en la Clínica Hospital ISSTECH, "Dr. Belisario Domínguez Palencia", de Tapachula Chiapas es mayor a la reportada por la literatura nacional e internacional con una incidencia de 37.96%.

2.- Se presentaron variaciones significativas en cuanto al tipo de cesárea en relación a las tendencias reportadas a nivel nacional e internacional.

3.- Las indicaciones de cesárea en las pacientes estudiadas, no están del todo justificadas y, como consecuencia de ello hay un incremento en la realización de esta operación.

4.- No hubo ninguna relación entre la edad de las pacientes y las indicaciones de cesárea.

5.- Dentro de las indicaciones consideradas como "otras" hay algunas que convendría replantearse, como histerotomía previa, electiva, CONDILOMATOSIS V, que podrían evitarse y con ello favorecer la disminución de la incidencia de esta operación.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- RUIZ VELAZCO V. La operación cesárea. Editorial La Prensa Médica Mexicana. 1971
- 2.- ARIAS F. Abnormalities of labor. High-risk pregnancy and delivery. Editorial St. Louis. The CV Mosby Co. 1991.
- 3.- CARRERA, MASIAS J. Tratado de Obstetricia Operatoria. Dexus Vol. III De. Salvat Barcelona 1988
- 4.- CASTAÑEDA A. PANDURO B.J.G. TORRES A.C.G. Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Nacimiento vaginal después de Cesárea. Maniobras y procedimientos Obstétricos. Vol XIX Agosto 1991
- 5.- CLIFFORD B.L.; KINBROUGH RA. Obstetricia Clínica "Intervención Cesárea". Interamericana México 1984.
- 6.- COTTON DV. Abnormal Labor and Delivery. Nisweander KR. Manual of Obstetrics 5th De. 1991.
- 7.- DANFORTH DN. Mecanismo de parto normal. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 4ta. De. Interamericana México 1989.
- 8.- EVERETT A. BEGUIN. Parto vaginal después de Cesárea. Mundo Médico. Vol XIV Agosto 1991
9. FARELL S. Cesarean Action Indications and postoperative morbidity. Obstet Gynecol 56.696.1980
- 10.- FERNANDEZ DEL CASTILLO S.C. VIESCA M.A. Maniobras Obstétricas en salas. Hospital Ma. Teresa, México D.F. Ginecología y Obstetricia de México. Vol 39 Abril 1990
- 11.- FRANCO SM. NAJERA G.M.A. CÀBRERA M.T. AHUED A.J.R. Análisis de la operación Cesárea. Hospital Regional 20 de Noviembre ISSSTE

Vol. 43 Marzo 1991

- 12.- MOHAMED BEY MD. STEVEN I CLARK MD. Clinics in Obstetrics and gynaecology cesarean section. Vol 15 Número 4 Diciembre 1988.
- 13.- GARITE TJ. Vigilancia Fetal CI Obstet and Gineacol. 4. 1991.
- 14.- ETHICON INC. Manual de suturas, uso y manejo. 1990
- 15.- Clinicas Obstetricas y Ginecologicas. Interamericana. Vol. 4 Pag. 745 – 50. 1994
- 16.- GODINEZ MLI. ALVAREZ NCF. Pacientes en Trabajo de parto con cesárea previa. Hospital Metropolitano SS. Monterrey, N.L. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 60 Sep. 1992.
- 17.- GOLAND A. DANBANCK. Rupture of the pregnant uterus. Obst Gyneacol 64. 549. 1990.
- 18.- GONZALEZ P.A.I. CRUZ G.R.A. COBARRUBIAS AL. Hospital Regional de Especialidades No. 23 IMSS. Maniobras y Procedimientos Obstétricos. Monterrey N.L. Vol 60 Sep. 1992.
- 19.- LAVIN J; STEPHENS R: Vaginal delivery in patients with a prior cesarean action. Am J. Obstet Gyneacol 59. 135. 1990.
- 20.- LOPEZ ORTIZ E. Et. Al. Ginecologia y Obstetricia. IMSS No. 3 2da. De. México D.F.: Mendez Oteo 1988.
- 21.-MOERMAN ML. Growth of the birth canal in adolescent girls Am. J. Obstet Gynecol 143. 528. 1990.
- 22.- MOHAMED BEY et. Al. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Cesáreas Vol. 4 De. Interamericana Mc Grow Hill 1998.
- 23.- PITCHARDS JA MAC DONALD PC. The normal pelvis. Distocia Caused by pelvie Contraction Williams Obstetrics 18<sup>th</sup>. De Nortwalk. Appleton Centur. 1987.

- 24.- RAHMAN J. AL SIBAI A Rupture of the uterus in labor. Acta Obst Gynecol Scand 64. 311. 1982.
- 25.- SEITCHIK J. RAU R. Cesarean delivery in nulliparous women for tailer oxytocin augmented labor; route of delibery in subsecuent pregnancies. AM. J: Obst Gynecol 143. 323. 1991.
- 26.- SIBAI BH. Cephalopelvic Disproportion. Rivin ME. Manuas of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology. 2nd De. Boston Little Brown 1990
- 27.- WALLS RR. GUDIÑO RF. TAPIA RS. Estudio comparativo entre el partograma de Friedmann y partograma descriptivo convencional. Ginecología y Obstetricia de México 55. 1991.
- 28.- GARY D.U. HANKINS et al Operative Obstetrics. DE Appleton and Lange. 1st De. Cap. 18 Pag. 302 1995
- 29.- EMILY R. BAKER MD. Y MARY ED'ALTON MD. Nacimiento por Cesárea y Cesárea hysterectomía. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas Vol 4 pag. 746 1994
- 30.- MEDICINA EN GINECOLOGIA OBSTETRICIA Y PERINATOLOGIA. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Médico La Raza. IMSS Pag. 364 1994
- 31.- REVISTA MEDICA DEL HOSPITAL DE LA MUJER. SSA. Vol 3 No. 3 59-60 1993.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA