

11226

95
2ij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO DE CHIAPAS

UNIDAD ACADÉMICA

“PRINCIPALES INDICACIONES MÉDICAS PARA LA REALIZACIÓN
DE OPERACIÓN CESÁREA AL PERSONAL DERECHOHABIENTE
DEL HOSPITAL 14 DE SEPTIEMBRE DE ISSTECH”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

271453

P R E S E N T A

Dr. Jaime Fernando Ovando Aquino

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. MARZO DE 1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

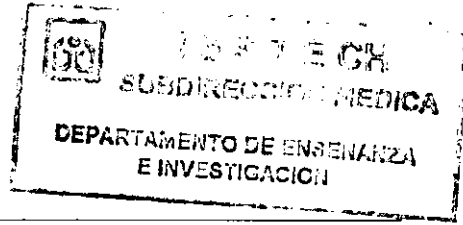
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

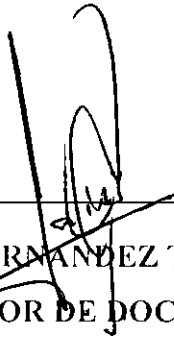
PRINCIPALES INDICACIONES MEDICAS PARA LA REALIZACIÓN DE
OPERACIÓN CESÁREA AL PERSONAL DERECHOHABIENTE DEL
HOSPITAL 14 DE SEPTIEMBRE DE ISSTECH

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

DR. JAIME FERNANDO OVANDO AQUINO



DR. ESTUARDO DE GANGES ARGUDIN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL
ISSTECH EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESORES DE TESIS

PRINCIPALES INDICACIONES MEDICAS PARA LA REALIZACIÓN DE
OPERACIÓN CESÁREA AL PERSONAL DERECHOHABIENTE DEL
HOSPITAL 14 DE SEPTIEMBRE DE ISSTECH

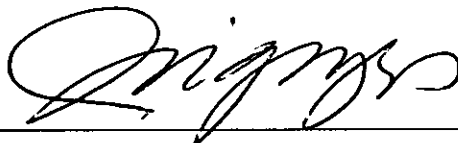
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. JAIME FERNANDO OVANDO AQUINO

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

“ PRINCIPALES INDICACIONES MEDICAS PARA LA REALIZACION
DE OPERACIÓN CESAREA AL PERSONAL DERECHO HABIENTE
DEL HOSPITAL 14 DE SEPTIEMBRE DE ISSTECH ”

INDICE

TITULO	1
MARCO TEORICO.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
JUSTIFICACION.....	40
OBJETIVOS	43
General.....	43
Específicos	43
METODOLOGIA	44
Tipo de estudio.....	44
Población, Lugar y Tiempo	44
Tipo y Tamaño del Muestra	44
Criterios de Selección	44
Variables a Investigar	45
Procedimiento para recolectar la información	45
Consideraciones éticas	46
RESULTADOS	47
GRAFICAS Y CUADROS	50
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	66
PROPUESTAS	67

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
ANEXOS	72

MARCO TEORICO

* El término cesárea denota el parto de feto, placenta, y membranas a través de una incisión en las paredes abdominal y uterino. (1,4)

Se designa también al procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae el producto de la concepción a través de la pared abdominal y mediante la sección del útero. (3)

Es probable que el termino derive de la palabra latina caedere “cortar” (pasado, participio caesum cortado). (1,2)

Este procedimiento se remonta a la antigüedad ya que existen pruebas que confirman que desde el tiempo de los egipcios y hebreos se practicaba esta operación en casos post-mortem. Los historiadores concuerdan que el termino “cesárea” nada tiene que ver con el nacimiento de Julio César. (4,5).

En el año de 1610 se realizo la primera operación en una paciente viva, la cual moriría al 25° día, y la primera cesárea exitosa en Estados Unidos se hizo en una cabaña cerca de Strunton, Virginia en 1794, tanto la madre como el lactante sobrevivieron. (1).

Desde el reporte de Belonoschkin (1950-53) hasta Ruiz Velazco (1964-68), ha aumentado del 1.2% al 6.1% pero en la actualidad varía entre 6 a 10% según las instituciones. (3)

En 1906 Frank introduce la técnica extraperitoneal, con lo que disminuye las posibilidades de infección. Kröning (1912) y Beck (1919) utilizan la técnica segmentaria con incisión longitudinal. Kerr modifica la técnica anterior y practica la incisión segmentaria transversal, siendo el mejor procedimiento y el mas utilizado. (5)

Paralelamente a la frecuencia, las indicaciones de la operación cesárea han aumentado, hasta el punto que hoy en día existen algunas indicaciones "no medicas" llamadas electivas, siendo la que se realiza a petición de la embarazada. (3)

INDICACIONES

Las causa que motivan la operación cesárea pueden ser maternas o fetales y en ocasiones son mixtas, al existir indicaciones de ambas partes.

Las indicaciones de la operación cesárea se dividen en:

a) Absolutas. Aquellas que no existe otro recurso que practicar la cesárea.

Ejemplos: DCP, Cesárea Iterativa, Placenta Previa Central, Presentaciones y Situaciones Anormales del Feto, Desprendimiento Prematuro de Placenta, Distocia de Contracción, Cesárea Anterior, Presentación Pélvica, Inminencia de Rotura Uterina, Etc.

b) Relativas: Cuando se indica este procedimiento porque ofrece mayores ventajas, aun en que sea posible atender el parto por vía vaginal.

Ejemplos: CACU, Toxemia Gravidica Severa, RPM, Isoinmunizaciones, Primigesta de Edad Avanzada, Presentación Pélvica, Primigesta Joven, Tumores Pélvicos, Operaciones Cervicales, Sufrimiento Fetal Agudo, Procidencia de Cordón, Periodo Expulsivo Prolongado, Etc.

c) Electivas: Cuando el médico escoge la cesárea por ser el método más conveniente para la madre con base a ciertos factores justificantes, o bien porque la paciente solicita se le realice tal procedimiento.

Ejemplos: Antecedentes de Operación Plástica en Genitales, Cesárea Post-Morten, Realización de esterilización simultanea a la Cesárea, RPM con Cervix Desfavorable, Muerte Habitual del Feto In Utero con Producto Viable, Embarazo de Termino, Post-Madurez, Etc. (5)

En algunos casos se requiere juicio fino para determinar si la cesárea o el parto vaginal son mejores. No es posible preparar una lista completa de indicaciones, pues difícilmente ocurre una complicación obstétrica que no haya sido resuelta mediante cesárea, las siguientes indicaciones son las más frecuentes.

(4)

DESPROPORCION CEFALOPELVICA

Es la falta de armonía entre las dimensiones de la pelvis materna y las de la cabeza fetal que impide que ocurra el nacimiento por vía vaginal.

Esta falta de armonía puede originarse por alteraciones de las dimensiones o de la morfología de la cabeza fetal y de la pelvis materna.

Causas:

a) *Materna:*

- Pelvis Uniformemente Estrecha
- Asimetría Pélvica por Escoliosis
- Fractura o Parálisis de Miembros Inferiores
- Fracturas Múltiples de Pelvis

b) *Fetal:*

- Hidrocefalia
- Macrosomia Fetal

c) *Mixtas:*

- Variedades Posteriores en Presentación Cefálica con Diámetro Biespinoso Reducido.

Diagnóstico.

Se realiza en base a la exploración clínica y en los estudios auxiliares como la cefalopelvimetría radiología y el ecosonograma.

Cuadro Clínico

Durante la atención prenatal y durante el trabajo de parto, el obstetra pondrá su atención en el tamaño de la cabeza fetal y relacionarlo con la amplitud de los diferentes diámetros pélvicos. Por esta razón se debe precisar la altura de la presentación, tamaño del feto, diámetro biespinoso, diámetro bisquiático, arco subpúbico y paredes pélvicas, así como la forma del sacro; para descartar una desproporción cefalopélvica.

Cefalopelvimetría.

Consiste en tomar tres placas de la pelvis, una anteroposterior, otra lateral y una tercera en vista superoinferior.

Donde de acuerdo a la fórmula de Perdomo Sierra (1955) difundió la siguiente fórmula para valorar el estrecho superior de la pelvis.

$$\text{Índice Cefalopelvico} = \frac{(TM-OF) + (PR-BP) \times 0.8}{2}$$

Donde los diámetros maternos y fetales son:

TM=Transverso Máximo }
PR= Promontoretropúbico } Maternos

OF= Occipitofrontal }
BP= Biparietal } Fetales

0.8= Constante para corregir la refracción de los RX.

Donde >1 es igual a pelvis útil para el parto.

<1 es igual a pelvis no útil para el parto.

Ultrasonograma

Este estudio permite medir con exactitud los diámetros del polo cefálico fetal y de la pelvis materna; calcular el volumen de la cabeza fetal y pronosticar la realización del parto. (6)

TRANSTORNOS DE PROGRESION

Definición: La dilatación cervical prolongada en la fase activa del trabajo de parto y el descenso prolongado del feto constituyen los trastornos de progresión.

La dilatación prolongada en la fase activa se caracteriza por una velocidad de dilatación en la fase activa normalmente lenta, o sea menor de 1.2 cm/hora en las nulíparas o menor de 1.5 cm/hora en las multíparas.

El descenso prolongado del feto se caracteriza por una velocidad de descenso menor de 1 cm/hora en las nulíparas y menor de 2cm/hora en las multíparas.

Causas: Se han implicado varios factores comunes, incluyendo desproporción fetopélvica, que se suscita casi en la tercera parte de los pacientes. Malposiciones menores (occipital posterior). Anestesia de Conducción

administrada impropriamente, sedación excesiva y tumores pélvicos que obstruyen el conducto del parto.

Tratamiento: En estas pacientes es importante la evaluación definitiva de las relaciones fetopélvicas por medio del examen físico y posiblemente con examen de rayos x. Se indica cesárea en presencia de DCP confirmado.

Pronóstico: El pronóstico en las mujeres con trastornos de progresión depende de la presencia o ausencia de DCP. (7)

PLACENTA PREVIA

Consiste en la implantación de la misma en el segmento uterino inferior, en posición anterior a la presentación del feto.

Se describen diversos grados de placenta previa con base en la relación del borde placentario en el orificio cervical interno, antes del inicio del trabajo de parto.

Existen varios tipos de placenta previa:

- a) Placenta Previa Total o Completa: Que tapa el orificio interno en su totalidad.
- b) Placenta Previa Parcial: Cubre una parte del orificio interno.
- c) Placenta Previa Marginal: Llega hasta el orificio interno pero no lo cubre.
- d) Placenta en Posición Baja: Se implanta en el segmento inferior, pero no llega al orificio interno.

Incidencia: Es en promedio aproximadamente 1/250 nacimientos.

Diagnostico

El síntoma clásico de placenta previa es hemorragia indolora. Por fortuna casi nunca el episodio inicial hemorrágico es fatal para el feto o la madre.

La incidencia máxima de hemorragia es por lo regular a las 34 semana, sin embargo una tercera parte de los pacientes presentan sangrado antes del parto.

El examen físico demuestra útero suave sin presencia de contracciones uterinas palpables. En un 35% de los casos el feto se encuentra en situación pélvica o transversal. Si el feto se encuentra en posición cefálica suele encontrarse por encima del reborde pélvico.

Laboratorio: Ultrasonido y Estudios Hematológicos y de Coagulación.

Control:

Hospitalización: Reposo en cama, vigilancia obstétrica y si no se produce la hemorragia se permite a la paciente que comience a caminar de manera progresiva. A pesar del control, un 20% de estas pacientes dan a luz antes de las 32 semanas.

Cesárea: Cuando el feto está vivo y es viable; el parto se realiza por cesárea. Se decide el sitio de incisión en el momento del parto.

Se lleva a cabo el parto por cesárea cuando:

- a) El embarazo es de 35 semanas o más y se confirmó el diagnóstico y la paciente tiene hemorragia activa.

b) La placenta previa que se diagnosticó con anterioridad persiste más allá de las 36 ó 37 semanas.

c) Incidencia de desprendimiento prematuro de placenta simultáneo o el estado fetal no es bueno, a menos que el feto esté muy inmaduro y la madre se encuentre en condición estable.

d) Si la hemorragia continua en cantidades mayores que la reposición.

(8)

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Es la separación prematura de una placenta con implantación normal antes de la tercera etapa del trabajo de parto.

Clasificación Clínica: En general la hemorragia por desprendimiento prematuro por placenta se efectúa a través del cervix, por lo que da lugar a hemorragia externa. En ocasiones se retiene en el interior del útero, por lo que causa hemorragia oculta.

El desprendimiento prematuro de placenta con hemorragia oculta produce mayores riesgos para la madre y el feto debido a coagulopatias, ya que es imposible valorar que tan abundante es la hemorragia, en comparación en el caso de que sea externo.

Clasificación:

Tipo de desprendimiento prematuro de placenta	Leve -65% Casos	Moderado -23% Casos	Grave -12% Casos
Cantidad de hemorragia	< 100 ml.	100-500 ml.	>500 ml.
Tono del útero	Un poco irritable, suave, no esta adolorido	Aumento de la actividad y cierta cantidad de dolor	Tenso, Tetánico, Adolorido
Patrón de frecuencia cardiaca fetal	Normal	Posible compromiso fetal o disfunción fetal intrauterina	Evidencia de compromiso fetal, disfunción fetal intrauterina
Estado de la Madre	Normal	Choque leve, coagulopatía poco frecuente	Choque de moderado a grave, coagulopatía frecuente

Diagnostico:

Hemorragias vaginal, dolor en el abdomen, contracciones uterinas y dolor en el útero.

No en todos los pacientes se observa todo el cuadro de signos y síntomas y la ausencia de uno o más no excluye el diagnóstico, ni implica que sea una afección más leve. Cerca del 10 % presentan hemorragia oculta, por lo que se dificulta valorar la cantidad total de sangre que se pierde en la circulación materna.

Examen fíísico:

Las determinaciones en serie de la altura del fondo del útero y la circunferencia abdominal, las cuales permiten detectar si el útero aumenta de tamaño debido a la sangre conforme progresa el desprendimiento prematuro de placenta, son de gran utilidad para diagnosticar hemorragia tanto oculta como externa en estos casos.

Examen de Laboratorio:

Se obtiene Biometría Hemática Completa Basal con recuento Plaquetario y niveles de electrólitos. Evaluación de la coagulación, se determina el nivel del fibrinógeno así como el recuento plaquetario; por el riesgo inminente de presentarse coagulopatía, la cual es de tipo intravascular y en menor grado retroplacentaria.

Manejo y Control:

Hospitalización con vigilancia estrecha de la frecuencia cardíaca fetal.

Oxígeno: Se administra con un flujo de 6-8 lt/min.

Control de Líquidos: Administración de solución de lactato de Ringer, o solución salina normal, dependiendo de la situación clínica y del estado hemodinámico.

Control Obstétrico: Se indica la realización de cesárea en caso de compromiso fetal, a menos que se contraindique por el estado de la madre se indica expulsión vaginal.

Complicaciones: Choque hipovolémico y coagulopatía (8).

PRESENTACIONES ANORMALES

Las presentaciones anormales se consideran como motivos válidos para efectuar cesárea. Los niños que se encuentran en situación pélvica y situación transversal se extraen por vía abdominal. Muchas personas ponen en tela de duda la necesidad de efectuar cesárea, pero hasta que resuelva este punto de discusión la mayoría de los niños en esta situación, aún se extraerá por vía abdominal.

La presentación pélvica se refiere a la región glútea fetal y el compromiso de esta en la entrada de la pelvis materna.

Las presentaciones pélvicas se clasifican en: Pélvica Declarada, Pélvica Total y Pélvica Incompleta

- a) Presentación Pélvica Declarada: Cuando las piernas se flexionan en la cadera y se extienden en las rodillas.
- b) Presentación Pélvica Completa: Cuando una o ambas rodillas se flexionan en vez de que ambas se extiendan.
- c) Presentación Pélvica Incompleta: Cuando una o ambas caderas no se flexionan y uno o ambos pies o rodillas se encuentran por debajo de la región glútea.

Causas:

- a) Alteraciones uterinas que producen una forma anormal del útero (útero bicorneo, tumores, etc.).

b) Factores fetales: como fetos prematuros múltiples o fetos con anomalías.

c) Factores pélvicos: como pelvis muy contraída o DCP.

d) Factores placentarios: como implantación cornualfundica y placenta previa.

Diagnóstico:

Examen abdominal: Realizando las maniobras de Leopold.

Examen pélvico y USG.

Situación Transversal (Presentación de hombro). Es una presentación en la cual el eje largo del feto es aproximadamente perpendicular al de la madre, y el hombro se presenta sobre la entrada pélvica en general.

La morbilidad y mortalidad en el trabajo de parto sin atención es de 100%. Debido a que en estos casos no puede nacer con éxito por vía vaginal y se requiere cesárea.

Presentación de cara: Existe hiperextensión de la cabeza de manera que el occipucio está en contacto con la espalda del feto y la barbilla es la parte de presentación. En la presentación de frente la porción de la cabeza fetal ocupa la posición media entre flexión total (cefálica) y extensión (de cara).

Presentación Compuesta: Es aquella en que una extremidad se encuentra junto con la parte de presentación y ambas. Penetran en la pelvis de manera simultánea.

La morbilidad de la presentación compuesta se relaciona casi o por completo con compresión o asociación con prolapso del cordón, que causa sufrimiento fetal. Por lo que debe efectuarse la cesárea. (9, 10).

DISTOCIAS DE CONTRACCION

Es la alteración de uno o varios de los componentes dinámicos de la contracción uterina, que condiciona el trabajo de parto no progrese en forma adecuada.

Las distocias de contracción pueden manifestarse por:

a) Alteraciones de la frecuencia de las contracciones:

- Oligosistolia: Se presentan menos de dos contracciones en 10 minutos.

- Polisistolia: Ocurren más de cinco contracciones en 10 minutos

b) Alteraciones en la duración de las contracciones:

- Hiposistolia: Presencia de contracciones de menos de 30 segundos de duración, y de 30 mm/hg de intensidad.

- Hipersistolia: Trabajo de parto con contracciones de más de 60 segundos de duración y más de 50 mm/hg de intensidad.

c) Alteraciones del tono:

- Hipotonía: Presencia de contracciones de menos de 8 mm/hg de tono base.

- Hipertonía: Las contracciones uterinas tienen un tono basal superior a los 12 mm/hg.

d) Inversión del triple gradiente:

Se refiere a la alteración en el sentido de algunos de los componentes de aquel.

Frecuencia, intensidad y duración.

Ejemplo: Oligosistolia + hiposistolia = SX de hipodinámia.

Hipersistolia + polisistolia = SX de hiperdinámia. (11).

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS

Las afecciones hipertensivas son complicaciones frecuentes del embarazo y aún son una de las causas de muerte materna más comunes.

Pre-eclampsia.

Se presenta en 5-7 % de los embarazos que no terminan en aborto, durante el primer trimestre. Se observa una distribución de frecuencia bimodal. Y tienen riesgo mayor las primigrávidas adolescentes y las multíparas de edad avanzada.

Clasificación:

a) Preeclampsia leve: La preeclampsia leve se define como hipertensión y proteinuria (> 300 mg/24 hr). Edema no dependiente o ambos, después de la vigésima semana del embarazo.

b) Preeclampsia grave: Cuando se efectúa alguna de las siguientes observaciones, se considera que la hipertensión inducida por el embarazo constituye preeclampsia grave.

- Presión arteria sistólica > 160 mm/hg o diastólica > 110 mm/hg con el paciente en reposo.

- Proteinúria: > 5 g/24 hr.

- Oligúria: $<$ de 500 ml/24 hr.

- Perturbaciones cerebrales o visuales (visión borrosa, alteraciones de la conciencia, cefalea).

- Edema Pulmonar o Cianosis periférica.

- Dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho.

Causa: A pesar de las investigaciones activas en esta área, aún se desconoce que causa la hipertensión que se induce por el embarazo. Se sugieren diversas teorías que incluyen causas inmunológicas, endocrinas y genéticas.

Signos y Síntomas: La gran mayoría de los pacientes con preclampsia temprana es asintomático. Se desarrolla hipertensión, edema y proteinúria. La retención excesiva de líquidos causa endurecimiento de las articulaciones o parestesias. Alteraciones de irrigación cerebral, causan cefalea o confusión mental.

Examen Físico:

- Presión arterial: El aumento de 30mm/hg de la presión arterial sistólica o de 15mm/hg en la diastólica.
- Estado de líquidos: La retención de líquidos produce aumento rápido de peso, antes que se desarrolle edema.
- Reflejos: Es frecuente la hipérreflexia.
- Cambios a nivel de las arteriolas retinales que incluyen angostamiento localizado de arteriolas.
- Abdomen: Aumento de la sensibilidad a nivel hepático.
- Piel: La equimosis, púrpura o ambas indican que hay trombocitopenia o CID.

Examen de laboratorios y procedimientos de diagnóstico:

- Análisis de orina: Proteinuria mayor de 300 mg/24hr.

- Biometría hemática: Puede existir aumento del hematócrito, indicando reducción del volumen plasmático.
- Pruebas de funcionamiento hepático: Pueden existir aumentos de las transaminasas (TGO y TGP séricas).
- Estudios de coagulación: Indican disminución del recuento plaquetario y de los niveles del fibrinógeno.
- Evaluaciones fetales. Se realiza estudio de ultrasonido para evaluar tamaño, crecimiento, volumen del líquido amniótico, movimiento y respiraciones fetales y ubicación de la placenta.

Control:

- a) Preeclampsia leve.
 - Un feto a término y cervix favorable se induce el trabajo de parto.
 - Un feto aún no llega a término o el estado del cervix es desfavorable.

Reposo en cama, en posición de decúbito lateral y toma de TA cada 4 horas.

Si de la terapia conservadora de 72 a 96 horas no resulta mejoría significativa en la paciente, se considera inducción del trabajo de parto; además si en un lapso de 72 a 96 horas se observa deterioro continuo de la paciente se indica el parto.

El tipo de atención obstétrica, ya sea parto o cesárea dependerá de la edad gestacional, calificación de Bishop para el cervix, presentación fetal y estado del feto y de la madre.

En todas las pacientes con hipertensión inducida por el embarazo, se inicia terapia con sulfato de magnesio para evitar convulsiones y progresión a la eclampsia.

b) Preeclampsia Grave.

Cuando se cumplen los criterios para hipertensión inducida por el embarazo grave, no es conveniente recurrir a medidas conservadoras para prolongar el embarazo y se indica en general la expulsión. Se deberá realizar vigilancia fetal electrónica continua.

Terapia con Sulfato de Magnesio, el cual se debe mantener durante 24 horas después de la expulsión.

Hidralazina. Causa reducción de la resistencia arteriolar, que se detecta como mayor disminución de la presión diastólica que sistólica.

El fármaco se administra en dosis de 5 a 10 mg por vía intravenosa cada 2 a 4 horas.

Eclampsia.

Se caracteriza por convulsiones tónico-clónicas generalizadas, que se desarrollan en algunas mujeres con hipertensión inducida por el embarazo, su incidencia en general es baja y se presenta solo en 0.5-4.1/1000 expulsiones. Aproximadamente la tercera parte de los episodios de eclampsia ocurre en el último trimestre y la frecuencia aumenta a medida que el feto llega a término.

Morbilidad y Mortalidad.

- Materna es del 2.2 al 17%
- Perinatal es del 13 al 30%

Causas:

Como la eclampsia constituye una progresión de la preeclampsia también se desconoce la causa.

Diagnóstico:

a) Signos y síntomas:

- El síntoma definitivo son convulsiones tónico-clónicas, en pacientes con hipertensión inducida por el embarazo.
- Existe además dolor de cabeza, perturbaciones visuales y dolor epigástrico en el cuadrante superior derecho.

b) Examen físico:

De manera general, la convulsión se inicia en torno a la boca en forma de muecas faciales, después de algunos segundos todo el cuerpo queda rígido en una contracción muscular generalizada que suele durar de 15 a 20 segundos.

A continuación se producen movimientos tónico-clónicos que comienzan en la quijada o boca y progresan en cara y extremidades. Esta fase dura un minuto aproximadamente; durante la fase tónico-clónico el diafragma queda fijo, la frecuencia respiratoria aumenta y la respiración se efectúa mediante estertores. Se observa cianosis grave en varios casos.

Control:

a) Control de las vías respiratorias: Colocando mordedera acoginada en la boca del paciente para evitar lesiones.

b) Tratamiento del episodio convulsivo:

- El principal tratamiento es la aplicación de sulfato de magnesio.

- En ciertos casos se debe añadir diazepam (5 a 10 mg) o amital sódico (hasta 250 mg) por vía IV.

c) Expulsión.

- Se debe estabilizar la presión arterial materna mediante hidralazina intravenosa.

- Cuando no se cuenta con los criterios obstétricos para inducción del trabajo de parto o si es posible la vigilancia directa se realiza cesárea con anestesia general balanceada. (12).

SUFRIMIENTO FETAL

* Aquellas circunstancias en las cuales el feto esta en peligro por dificultades en el intercambio gaseoso feto-materno.

Sufrimiento Fetal Agudo: Es aquel que se presenta en un embarazo al parecer de curso normal o en uno acompañado de alguna complicación patológica, pero en ambos casos sin tener el antecedente de haber presentado una disfunción placentaria o de sufrimiento fetal prolongado, se presenta habitualmente durante el trabajo de parto, y las solas contracciones son suficientes para acrecentar el déficit nutricional, por reducción del flujo sanguíneo a través del espacio intervelloso.

Causas de sufrimiento fetal agudo.

a) Con trabajo de parto.

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en que aparte de la hemorragia hay hipertonia uterina.
- Distocias de contracción como la hiperpolisistolia, en que la contracción comprime los vasos miometrales disminuyendo así el flujo sanguíneo hacia la placenta.
- La analgesia y/o la anestesia obstétrica en las que hay una hipoventilación por depresión del centro respiratorio.
- Por la brevedad real o circulares del cordón en que durante las contracciones se estrecha más el cordón con la siguiente disminución del

calibre de los vasos umbilicales, reduciendo así el flujo sanguíneo en los vasos placentarios.

- El prolapso del cordón en el que la presentación lo comprime, obliterando los vasos umbilicales e impidiendo la circulación.
- En la placenta previa por anemia materno-fetal.
- En las crisis convulsivas de la eclampsia.
- En el edema agudo pulmonar o síncope cardíaco, complicación frecuente en el trabajo de parto de la paciente cardiópata.
- En el paro respiratorio o insuficiencia respiratoria aguda causadas principalmente por problemas anestésicos.

b) Sin trabajo de parto.

- Circular de cordón. Es la más frecuente y que a veces pasa desapercibida y que comúnmente produce la muerte del producto anteparto. Se observa en cordones umbilicales muy largos.

- Prolapso de cordón. Se acompaña de rupturas de las membranas, con los cuellos apenas dehiscentes y en productos en presentación pélvica.

- La placenta previa. Puede haber sangrado abundante, sin que se halla iniciado el trabajo de parto, el shock y la hipovolemia traerán sufrimiento fetal agudo.

- Insuficiencia respiratoria. El edema agudo del pulmón y la disnea paroxística, pueden aparecer sin que haya trabajo de parto en cardiópatas y estas complicaciones pueden producir un sufrimiento fetal agudo.

Fisiopatología.

En el caso de que disminuya el aporte de oxígeno a las células, el metabolismo de la glucosa, principal fuente de energía para la célula, se interrumpe a nivel del ácido pirúvico y ácido láctico, en lugar de proseguir hasta sus metabolitos finales CO_2 y H_2O y mayor conversión de ADP y ATP.

Por otra parte el ATP no vuelve a formarse hasta que el ADP es transportado de nuevo hasta los centros consumidores de energía a las mitocondrias y esta conversión está disminuida siempre que falta oxígeno y glucosa.

El sistema de degradación de la glucosa a la que la célula debe recurrir cuando falta oxígeno de forma inmediata para poder sobrevivir, aparte su menor rendimiento genera una importante cantidad de hidrogeniones.

Si la hipoxia perdura la célula puede morir, pero antes de que esto suceda se defiende por medio de lo que llamamos centralización de la circulación circunscribiéndola en la vida fetal a los órganos más imprescindibles, como son el corazón y el cerebro, esto provoca una hipoxia más marcada en las otras estructuras fetales y concretamente a nivel intestinal.

Existe un aumento de hidrogeniones a nivel sanguíneo, producido por la acumulación de ácido láctico, el cual puede incrementarse por aumento del CO₂, producto del ciclo de Krebs. A pesar de ello se requiere de cierto tiempo para que la acumulación de hidrogeniones produzca un descenso del PH ya que los líquidos poseen varios sistemas Tampon o amortiguadores constituidos por bicarbonato, fosfatos, hemoglobina y proteína.

Por lo tanto, ya sea por la acumulación de CO₂ que en disolución acuosa en el plasma da CO₃H₂ (acidosis respiratoria) o por hipóxia sin acumulación de CO₂ (acidosis metabólica) o bien por una participación de ambas (acidosis mixta). Lo cierto es que pronto habrá un descenso del PH que puede medirse en la sangre capilar.

Durante las contracciones uterinas la perfusión de espacio intervelloso está disminuida y de ahí que descienda el intercambio de O₂ y CO₂ entre la madre y el feto.

Precisamente al analizar los efectos de la actividad uterina sobre la oxigenación fetal, debe tenerse en cuenta la presión máxima de las contracciones, pero más que ello su duración y su frecuencia y sobre todo el tono de base, que de estar elevado puede disminuir gravemente los intercambios.

La hipóxia y la acidosis también producen otras alteraciones de tipo reflejo y autoregulator fácilmente observables como las alteraciones de la FCF.

Diagnostico:

- Mecónio: Es producido por contracciones a nivel intestinal en respuesta a la anóxia.
- Alteraciones de la FCF: A nivel de la respuesta cardiaca, hipóxias leves, a través de estímulos adrenérgicos, provocan taquicardias, seguidas de bradicardias por estímulo de barorreceptores y de los centros vágales.
- Alteraciones del equilibrio ácido básico.

Actualmente la mayoría de los autores consideran posiblemente patológicos los valores de sangre capilar, por debajo de 7.25 excepto si la diferencia del PH feto materno es inferior a 0.10, lo que indicaría que el PH bajo no se debe a hipóxia fetal, sino a acidosis materna, transfundida del feto que deberá ser tratada convenientemente. Por tanto se debe repetir la toma en un intervalo de 15 minutos, habiendo eliminado entre tanto las posibles causas de la hipóxia.

Si el valor persiste o sigue descendiendo habrá que buscar otra solución para el parto, ya sea la extracción instrumental inmediata o practicar una cesárea.

Profilaxis.

Conocimiento del estado del feto anteparto.

- Estado del líquido amniótico, al iniciar el parto por medio de una amnioscopía o incluso una amniocentésis.
- Cálculo de la reserva respiratoria fetal. Prueba de monitorización no estresante, estudio de las variaciones de FCF con los movimientos fetales o con la dinámica esporádica. Si se observa un patrón reactivo probablemente la

reserva respiratoria fetal es normal. Si el patrón no es reactivo, habrá que realizar la prueba de la oxitocina o prueba de Pose. Estudio de la FCF en relación con la dinámica provocada durante cierto tiempo con oxitocina.

- Índice de movimiento fetal. Consiste en que la propia mujer cuente en un período determinado de tiempo que suele ser de unos 30 minutos en las mismas condiciones y a la misma hora cada día, los movimientos fetales.

- Perfil biofísico del feto. Consiste en una serie de datos recogidos ecográficamente sobre el volumen del líquido amniótico y especialmente datos sobre la actividad y movimientos corporales respiratorios y del tono del feto, relacionados con la llamada reserva respiratoria fetal.

Evitar las causas de sufrimiento fetal intraparto.

Hay que evitar en primer lugar el síndrome de decúbito supino ya descrito, colocando a la paciente sistemáticamente en decúbito lateral o dejándolas pasear.

Hay que tener cuidado con el uso indiscriminado de oxitocina y que como todo medicamento solo hay que indicarlo cuando sea preciso.

También debe tenerse el mismo cuidado si se utilizan prostaglandinas. Recordemos que las sustancias oxitócicas solamente deben utilizarse por vía IV para poder interrumpirla inmediatamente si su efecto es excesivo.

Finalmente no solo hay que evitar que nuestras acciones provoquen alteraciones en el feto, sino que debemos establecer controles para comprobar que el parto evoluciona dentro de la normalidad.

Por último establecer un control y evaluación correctos de la evolución del parto para descubrir precozmente las desproporciones cefalopelvicas y la dinámica de lucha antes de que aparezcan signos directos o indirectos de sufrimiento fetal.

Tratamiento: Si se diagnóstica un sufrimiento fetal que no sea evitable y el feto esta suficientemente maduro, tendrá que realizarse una cesárea electiva. (13)

PROLAPSO DE CORDON UMBILICAL.

Concepto: Consideramos que existe prolapso del cordón umbilical cuando este aparece en la vagina por delante de la presentación y esta rota la bolsa de las aguas.

Procúbito: Si el cordón umbilical esta situado por delante de la presentación, pero permanece todavía íntegra la bolsa de las aguas.

Laterocidencia: Es cuando el cordón se dispone a lado de la presentación sin sobrepasarla.

Etiología: Todos los factores que impidan una buena adaptación de la presentación al estrecho superior.

- Multiparidad: Con mayor frecuencia de anomalías en la situación y presentación del feto. En las deflexionadas abomba más el vientre que el dorso y por la deflexión del tronco y cabeza que se acumulan mal a la pelvis dejando espacios vacíos. En las situaciones oblicuas y transversas la incidencia es mucho mayor.

- Estrecheces pélvicas: Que impiden una buena acomodación de la presentación.

- Prematuridad y Embarazos gemelares: Así como placentas de inserción baja y el polidrámnios.

Sintomatología.

Debe sospecharse de prolapso de cordón cuando tras la rotura de la bolsa de las aguas, aparecen alteraciones en los latidos cardiacos fetales, lo que traduce una insuficiente oxigenación de vida a la compresión de aquel.

El diagnóstico se hace en muchas ocasiones por la visión directa de este al aparecer por la vulva, en otros casos es necesario el tacto vaginal.

En los casos de procúbito los dedos palparán por detrás de la bolsa amniótica una formación alargada de consistencia blanda, en la que se tacta el pulso de la arteria umbilical.

La laterocidencia es muy difícil de diagnosticar mediante el tacto vaginal, por lo que es necesario acudir a los estudios ecográficos.

Pronóstico.

El pronóstico para el feto es malo, existe sufrimiento fetal en casi la mitad de los casos y la mortalidad perinatal esta elevada.

Profilaxis.

Evitar la amniorrexis cuando la presentación está libre, o en casos de situaciones anormales. Siempre tras la amniorrexis debe auscultarse el latido cardiaco fetal.

Tratamiento

Depende fundamentalmente de tres factores.

El grado de dilatación cervical. Si la dilatación no es completa, la forma más prudente de acabar el parto es mediante la cesárea.

El tipo de presentación. En situaciones transversas, en pacientes multíparas sin patología objetivable y en dilatación completa; si la bolsa acaba de romperse pueden intentarse maniobras como la versión externa seguida de gran extracción.

El estado del feto. Es necesario asegurarse del estado del feto antes de tomar alguna decisión terapéutica. No está justificado a la madre al riesgo de una cesárea si no existe alguna posibilidad de vida para el feto (14).

CESAREA ANTERIOR

En términos generales toda cicatriz uterina predispone a una cesárea. Sin embargo recomendaremos que las cicatrices localizadas en el cuerpo y sobre todo en el fondo uterino revisten mayor riesgo de ruptura uterina durante el embarazo o en el trabajo de parto. Las cicatrices corporales dejan mayor fibrosis y existe mayor posibilidad de sufrir dehiscencia, porque la contracción uterina es más intensa y duradera en el fondo que en el segmento.

En cambio la incisión segmentaria transversal secciona un menor número de fibras musculares, ya que solo las disocia, la actividad uterina en el segmento es menor.

No se debe practicar una segunda cesárea cuando:

- No se repite la causa que motivo la primera cesárea.
- Certeza de una adecuada proporción cefalopélvica.
- Producto cefálico encajado con cervix favorable.
- Paciente con antecedentes de partos antes de la cesárea.

Medidas de atención en pacientes con cesárea anterior donde se elige la vía vaginal.

- Vigilancia estrecha del periodo prenatal.
- Control estrecho de la actividad uterina y de la frecuencia cardiaca fetal.
- Evitar uso de sustancias oxitócicas durante el trabajo de parto.

- Evitar sedar al paciente (usar BPD).
- Abreviar el periodo expulsivo mediante el uso profiláctico de fórceps.
- Revisar cuidadosamente la cavidad uterina post-parto y cerciorarse de la integridad de la cicatriz uterina.
- Usar sustancias oxitócicas en el puerperio inmediato para obtener una adecuada contracción uterina post-cesárea.

Complicaciones:

La complicación más grave es la ruptura uterina la cual puede ocurrir anteparto, intraparto y ser detectada en el postparto inmediato. Es a expensas de considerar este riesgo que cada vez existe mayor tendencia a imponer el criterio cesárea anterior=nueva operación cesárea.

Este criterio se basa a los factores siguientes:

- Riesgo de dehiscencia. De cicatriz ante o intraparte a pesar de una vigilancia ideal durante el embarazo.
- La paciente o los familiares rechazan la aplicación de fórceps.
- Elevado porcentaje de casos que inician trabajo de parto y terminan en cesárea.
- Respecto a la vía vaginal, evitando complicaciones como cistocele, rectocele.
- El número de hijos deseados es cada vez menor.

- El aprovechamiento de la operación para practicar oclusión tubaria bilateral transcesárea. (15).

CESAREA ITERATIVA

Es la que se debe efectuar siempre que exista el antecedente de dos o mas cesáreas previas, algunos recomiendan la cesárea iterativa con el antecedente de alguna cesárea o cicatriz ginecológica previa, sin embargo eso no es absoluto y se debe valorar cada caso en particular tomando en cuenta el tipo de operación que se efectuó y la evolución posterior a la misma. (16).

OTRAS INDICACIONES

Indicaciones raras e infrecuentes para la cesárea incluyen tumores que obstruyen el conducto del parto, operación vaginal plástica extensa previa, herpes genital, diabetes, eritoblastosis, cardiopatías u otros estados debilitantes en el cual pueda preverse que el parto vaginal impondría mayor riesgo que la cesárea. (4).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incremento observado en el número total de cesáreas parece depender en forma importante en la cesárea de repetición y las distocias en particular la desproporción cefalopélvica de manera similar a lo reportado por numerosos autores con las repercusiones médicas, sociales, económicas, legales, etc.

Por lo que nos motiva conocer nuestra experiencia y así determinar la frecuencia y las causas principales en la indicación de la operación cesárea en nuestra institución, para que con base a los resultados obtenidos proponer la prueba de trabajo de parto y el parto por vía natural en pacientes seleccionadas donde exista duda de una desproporción cefalopélvica o en aquellas con operación cesárea previa y así abatir las elevadas cifras de operación cesárea a través de un manejo adecuado que con la práctica, observación y seguimiento convencernos de la seguridad, eficacia y tal vez de la conveniencia económica de un programa selectivo de prueba de trabajo de parto y parto vaginal después de cesárea sin afectar la atención perinatal.

Por lo anterior en este trabajo se investigará:

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES INDICACIONES MEDICAS PARA LA REALIZACION DE OPERACIÓN CESAREA EN EL HOSPITAL 14 DE SEPTIEMBRE DEL ISSTECI?

JUSTIFICACION

Los refinamientos en la técnica quirúrgica, asepsia, antibioticoterapia, transfusión sanguínea y anestesia han reducido los riesgos de la operación cesárea en la actualidad. Esto ha contribuido en la práctica obstétrica, hacia un incremento en la frecuencia de este procedimiento quirúrgico en numerosos países en los últimos años. (21,23)

Durante los últimos años hemos presenciado un aumento dramático en el número de cesáreas, en Europa el aumento de la frecuencia ha pasado de 8.8 % en 1981 al 16.7 % en 1989. En Estados Unidos la tasa de cesáreas fue de 4.5 % en 1965, 1981 de 18.5 %, 1984 de 21.5 % y en 1990 del 24%.

En México también se ha observado un aumento progresivo de la operación, en 1948 fue de 3.4 %, en 1966 de 5.5 %, 1982 de 17.0 %, en 1984 de 24.2 % y en la actualidad fluctúa hasta en un 62% (19,22,23)

En diversos estudios se reporta la distocia y en particular a la desproporción fetopélvica y a la cesárea previa como los principales contribuyentes en el aumento de la frecuencia de cesárea. (25)

Es indispensable además conocer los diversos factores que han contribuido al aumento de la tasa de la operación cesárea en nuestros tiempos. Uno de los más antiguos y que actualmente se mantiene en controversia es la doctrina establecida por Craigin en 1916 "Después de cesárea siempre cesárea" manteniéndose vigente por mucho tiempo, originando la intervención en 1980 de

The National Institute of Health, en la reunión de Development Conference on Cesarean Child Birth, recomendando diversos métodos para frenar este aumento, incluyendo la sugerencia de prueba de parto en mujeres con cesárea previa. (22,16)

Debe considerarse además que otro factor de moda en nuestros tiempos y en nuestro país son los problemas médico legales, los cuales se han incrementado; el temor cada vez mayor de las demandas por negligencia médica, los costos de los seguros que lo amparan han introducido variables discordantes de la decisión de la vía del nacimiento. (22)

De lo anteriormente expuesto queda claro que la práctica de la realización de la operación cesárea ha ido en incremento, por lo que el médico debe valorar cada una de estas situaciones, para la liberación del feto mediante esta intervención, poniendo atención a las ventajas que se ofrecen al producto y ver si realmente es necesaria esta, valorando al mismo tiempo los riesgos para la madre.

Sabemos del incremento en la frecuencia de la operación cesárea en las instituciones oficiales, lo que motiva a conocer nuestra experiencia y así poder determinar las causas principales en la indicación de la operación cesárea. En nuestra institución esto puede dar paso al desarrollo de programas y políticas que sin afectar la atención perinatal, reduzca los costos de operatividad en los servicios de obstetricia de instituciones oficiales.

El presente trabajo pretende contribuir al conocimiento de la frecuencia actual y de las principales indicaciones medicas que obligan a la realización de operación cesárea en el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSI'ECII) y darlo a conocer para conseguir mejorar el nivel de atención obstétrica al personal derechohabiente.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar las indicaciones médicas más frecuentes que llevaron a la realización de operación cesárea en el hospital 14 de Septiembre del ISSTECH.

ESPECIFICOS:

- Identificar la frecuencia de operación cesárea presentado durante los meses de Enero a Diciembre de 1997.
- Identificar el grupo etáreo en el que con mayor frecuencia se practicó la operación cesárea.
- Determinar la relación que existe entre el número de gestaciones de la paciente para la práctica de operación cesárea.
- Identificar que tan frecuente fueron las distocias para la realización de la operación cesárea.
- Determinar que tan frecuente fueron los vicios de presentación para la realización de operación cesárea.
- Identificar cuales fueron las causas menos frecuentes para la realización de la operación cesárea.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Todos los expedientes de pacientes que se les haya realizado operación cesárea en el Hospital 14 de Septiembre del ISSTECH de Enero a Diciembre de 1997.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Dado que se investiga todo el universo de estudio no se requirió muestreo.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Todos aquellos expedientes de pacientes que se les practicó operación cesárea de Enero a Diciembre del año de 1997.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Todos aquellos expedientes de pacientes con operación cesárea realizada fuera del periodo establecido.
- Expedientes de pacientes con operación cesárea realizada en otra institución o unidad hospitalaria.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Todos aquellos expedientes de pacientes con información incompleta.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR

(VARIABLES DE MEDICION)

- Frecuencia.
- Indicaciones de la operación cesárea
- Edad
- Antecedentes gestacionales

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

El propio investigador responsable, recolectará la información en el archivo del Hospital 14 de Septiembre del ISSTECH, previa autorización de la autoridades.

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo a la declaración de Helsinki, adaptado a la 18° Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia (1964) y revisado por la 29° Asamblea Médica Mundial, Tokio Japón (1975).

Se consideraran de riesgo mínimo la recopilación, ya que se manejaron expedientes clínicos y no se dañara la integridad física, psíquica y moral del paciente.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 613 nacimientos, de los cuales 338 (55.14%) correspondieron a partos eutócicos y 275 (44.86%) a operaciones cesáreas.

Siendo los meses de Abril con 41 pacientes (6.69%) y Noviembre con 34 pacientes (5.54%) los que mayor incidencia de atenciones quirúrgicas reportaron.

(gráfica 1)

Los porcentajes de las indicaciones médicas más frecuentes fueron las siguientes (gráfica 2).

1.- Cesárea previa 95 (34.54%)

2.- Distocias (el parámetro utilizado para efectuar el diagnóstico de desproporción cefalopélvica, fue exclusivamente clínico). 47 (17.09%). (gráfica 3)

Clasificadas en:

- Desproporción cefalopélvica 44 (16.00%)
- Distocia de partes blandas 2 (0.73%)
- Distocia de contracción 1 (0.36%)

3.- Sufrimiento fetal agudo 38 (13.82%)

4.- Vicio de presentación 24 (8.73%). (gráfica 4)

Clasificadas en:

- Presentación pélvica 10 (3.63%)
- Presentación transversa 6 (2.18%)

- Presentación occipitoposterior 6 (2.18%)

- Presentación de cara 2 (0.72%)

5.- Ruptura prematura de membranas 16 (5.82%)

6.- Trabajo de parto prolongado 10 (3.64%)

7.- Enfermedad hipertensiva del embarazo (de las cuales todas correspondieron a la preeclampsia) 7 (2.55%)

8.- Sin trabajo de parto 6 (2.18%)

9.- Hipomotilidad fetal 4 (1.45%)

10.- Oligodramnios 4 (1.45%)

Los porcentajes de las indicaciones médicas menos frecuentes fueron las siguientes (gráfica 5)

1.- Infecciones 4 (1.45%) de las cuales 3 pacientes fueron por herpes genital y 1 paciente por condilomatosis.

2.- Trabajo de parto estacionario 3 (1.09%)

3.- Embarazo gemelar 3 (1.09%)

4.- Placenta previa 3 (1.09%)

5.- Obito 2 (0.73%)

6.- Miomatosis uterina 2 (0.73%)

7.- Varios 7 (2.55%)

- Baja reserva fetal

- Varices vulvares

- Cesárea electiva
- Quiste anexial
- Producto macrosómico
- Hemoperitoneo
- Producto valioso

Por grupo de edad se distribuyeron de la siguiente manera (gráfica 6).

De 15 a 19 años 33 (12.00%)

De 20 a 24 años 75 (27.20%)

De 25 a 29 años 79 (28.70%)

De 30 a 39 años 82 (29.90%)

Menores de 15 años y más de 40 años 6 (22.00%)

En la cual la paciente de menor edad tenía 15 años y la mayor 43 años.

En nuestras pacientes predomina la multiparidad 168 (61.00%) y la mayoría presentaba entre 2 y 3 gestaciones.

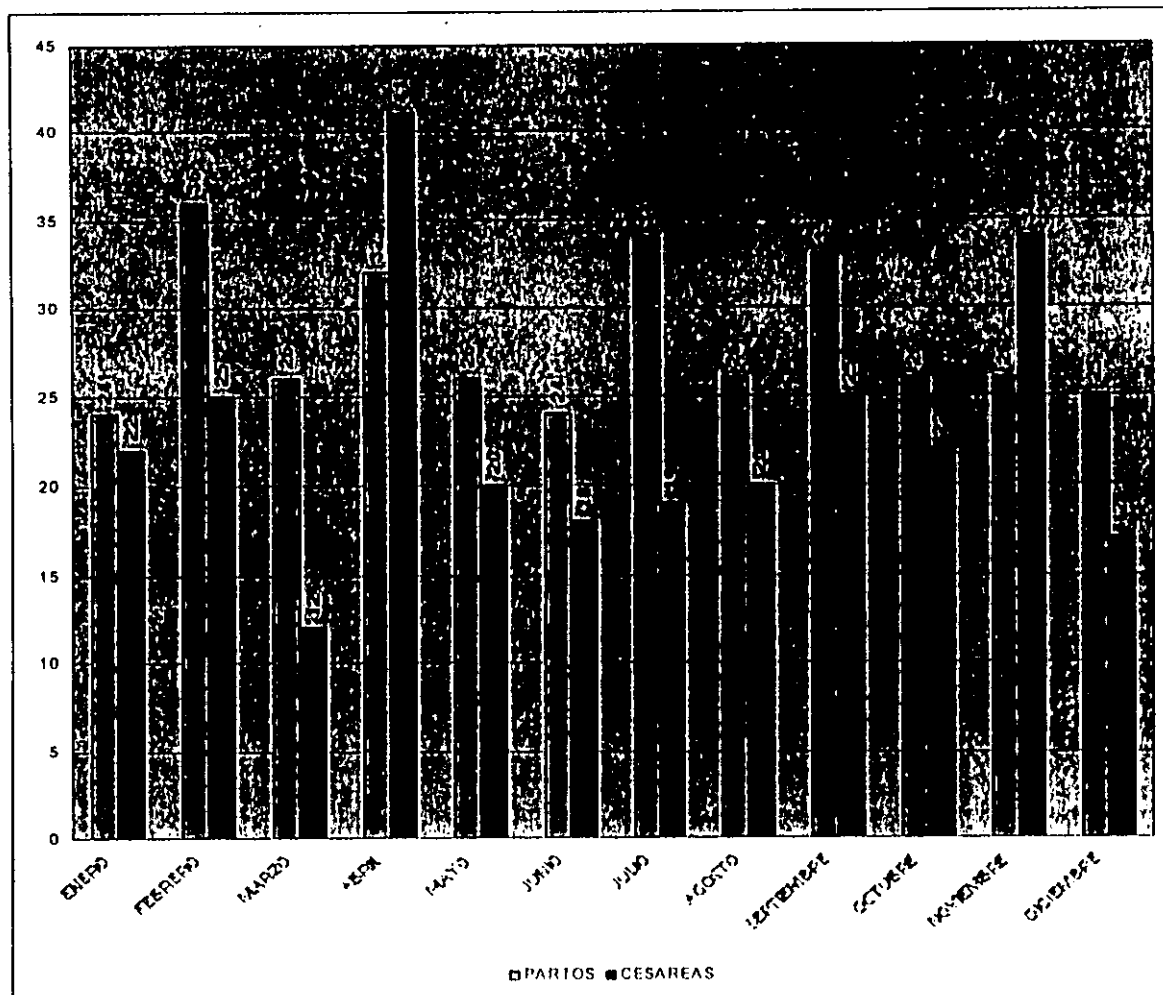
Las pacientes nulíparas se presentaron en 31 % de los casos y en pacientes con más de 4 gestaciones en 8 % de los casos. (gráfica 7)

FRECUENCIAS DE CESAREAS Y PARTOS SEGÚN MES DE ATENCION

MES	No. TOTAL DE PARTOS		No. DE CESAREAS	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
ENERO	24	3.92	22	3.57
FEBRERO	36	5.87	25	1.08
MARZO	26	4.24	12	1.96
ABRIL	32	5.22	41	6.69
MAYO	26	4.24	20	3.26
JUNIO	24	3.92	18	2.94
JULIO	34	5.55	19	3.09
AGOSTO	26	4.24	20	3.26
SEPTIEMBRE	33	5.38	25	4.08
OCTUBRE	26	4.24	22	3.59
NOVIEMBRE	26	4.24	34	5.55
DICIEMBRE	25	4.08	17	2.77
TOTAL	338	55.14	275	41.84

Cuadro No. 1

FRECUENCIAS DE CESAREAS Y PARTOS SEGÚN MES DE ATENCION

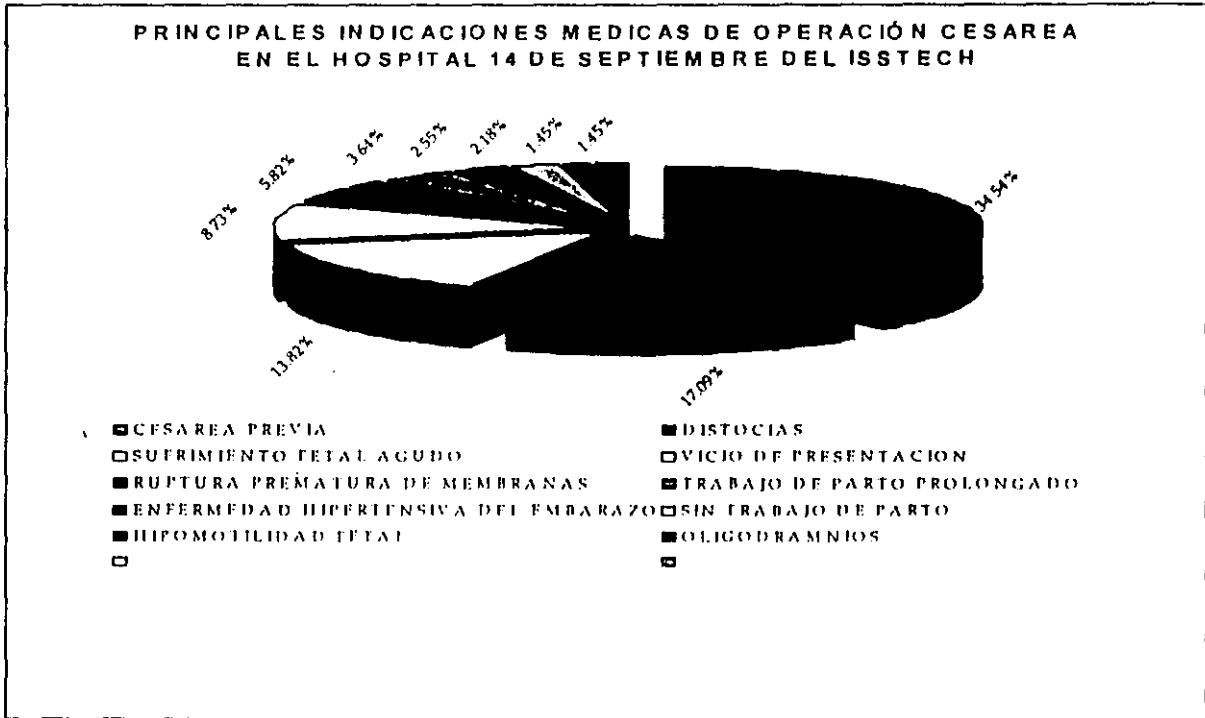


Gráfica No. 1. Datos obtenidos del archivo clínico del Hospital 14 de Septiembre ISSTECH periodo 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

PRINCIPALES INDICACIONES MEDICAS DE OPERACIÓN CESAREA EN EL
HOSPITAL 14 DE SEPTIEMBRE DEL ISSTECH

INDICACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
CESAREA PREVIA	95	34.54%
DISTOCIAS	47	17.09%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	38	13.82%
VICIO DE PRESENTACION	24	8.73%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	16	5.82%
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	10	3.64%
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	7	2.55%
SIN TRABAJO DE PARTO	6	2.18%
HIPOMOTILIDAD FETAL	4	1.45%
OLIGODRAMNIOS	4	1.45%

Cuadro No. 2

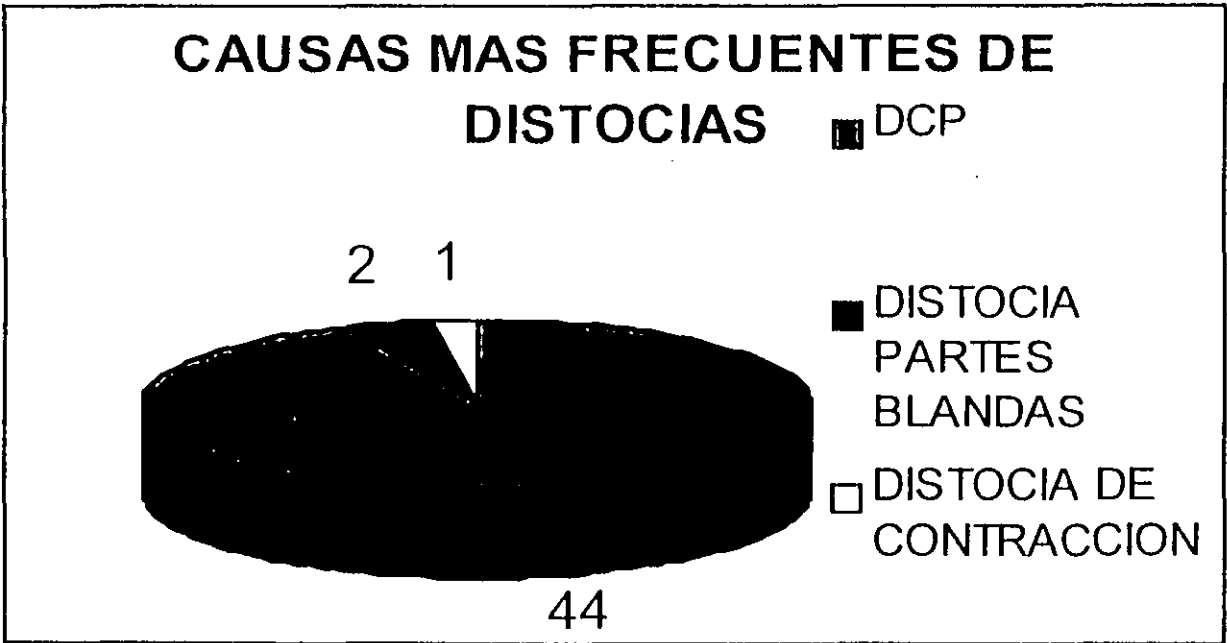


Gráfica No. 2. Datos obtenidos del archivo clínico del Hospital 14 de Septiembre ISSTECH periodo 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE DISTOCIAS

TIPO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJES
DCP	44	16%
DISTOCIA DE PARTES BLANDAS	2	0.73%
DISTOCIA DE CONTRACCION	1	0.36%

• Cuadro No. 3



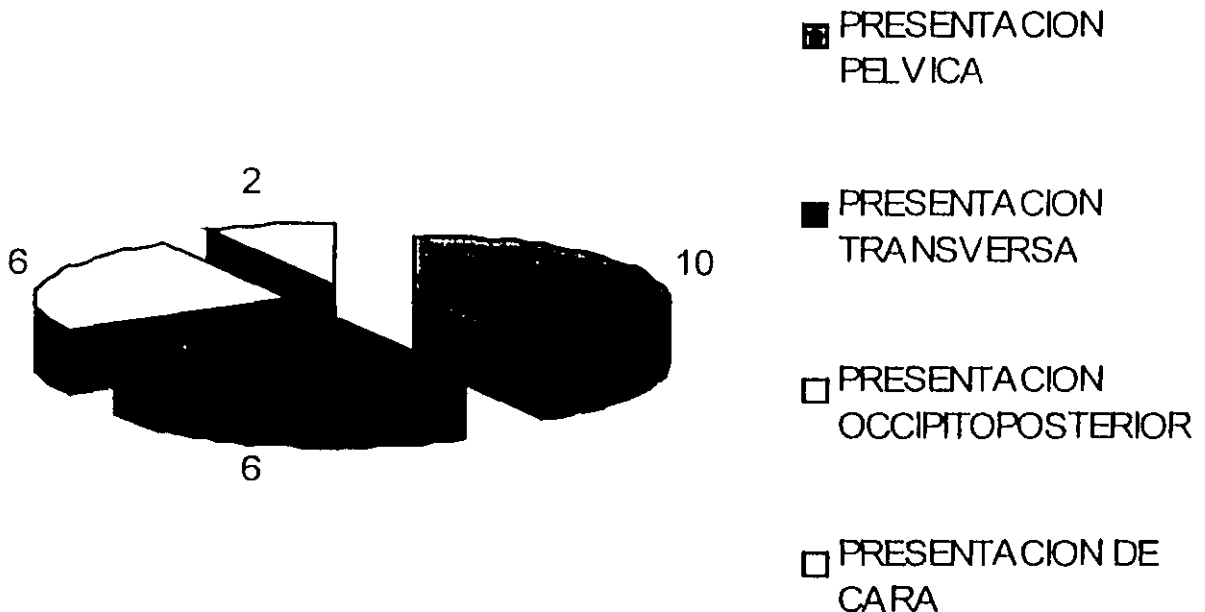
Gráfica No. 3. Datos obtenidos del archivo clínico del Hospital 14 de Septiembre ISSTECH periodo 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

CAUSAS MAS FRECUENTES DE VICIOS DE PRESENTACION

VICIOS DE PRESENTACION		
TIPO	No. DE PACIENTE	PORCENTAJE
PRESENTACION PELVICA	10	3.63%
PRESENTACION TRANSVERSA	6	2.18%
PRESNTACION OCCIPITOPSTERIOR	6	2.18%
PRESENTACION DE CARA	2	0.72%

Cuadro No. 4

CAUSAS MAS FRECUENTES DE VICIOS DE PRESENTACION



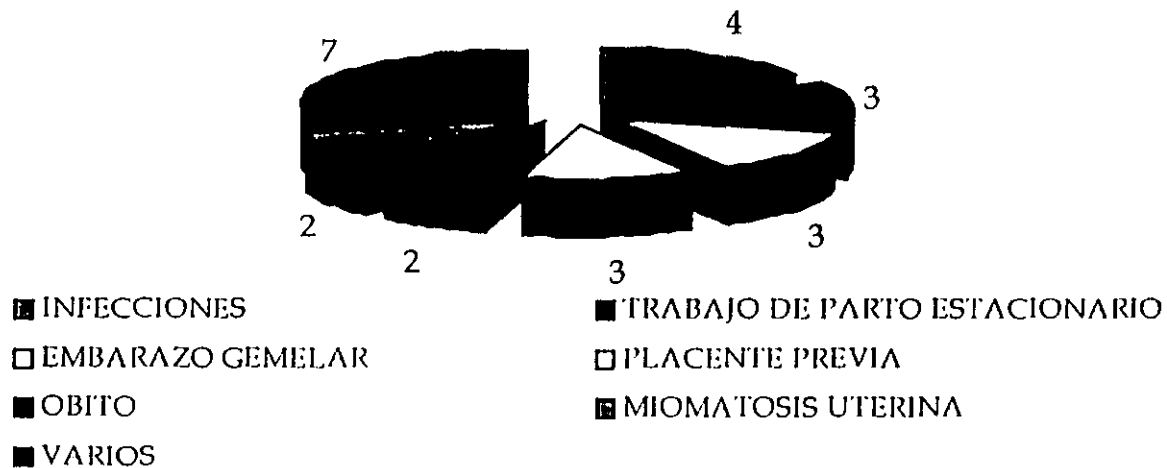
Gráfica No. 4 Datos obtenidos del archivo clínico del Hospital 14 de Septiembre ISSTECH periodo 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

**INDICACIONES MENOS FRECUENTES DE OPERACIÓN CESAREA EN
EL HOSPITAL 14 DE SEPTIEMBRE DEL ISSTÉCH**

INDICACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
INFECCIONES	4	1.45%
TRABAJO DE PARTO ESTACIONARIO	3	1.09%
EMBARAZO GEMERAL	3	1.09%
PLACENTA PREVIA	3	1.09%
OBITO	2	0.73%
MIOMATOSIS UTERINA	2	0.73%
VARIOS	7	2.55%

Cuadro No. 5

INDICACIONES MENOS FRECUENTES DE OPERACION CESAREA
EN EL HOSPITAL 14 DE SEPTIEMBRE DEL ISSTECH



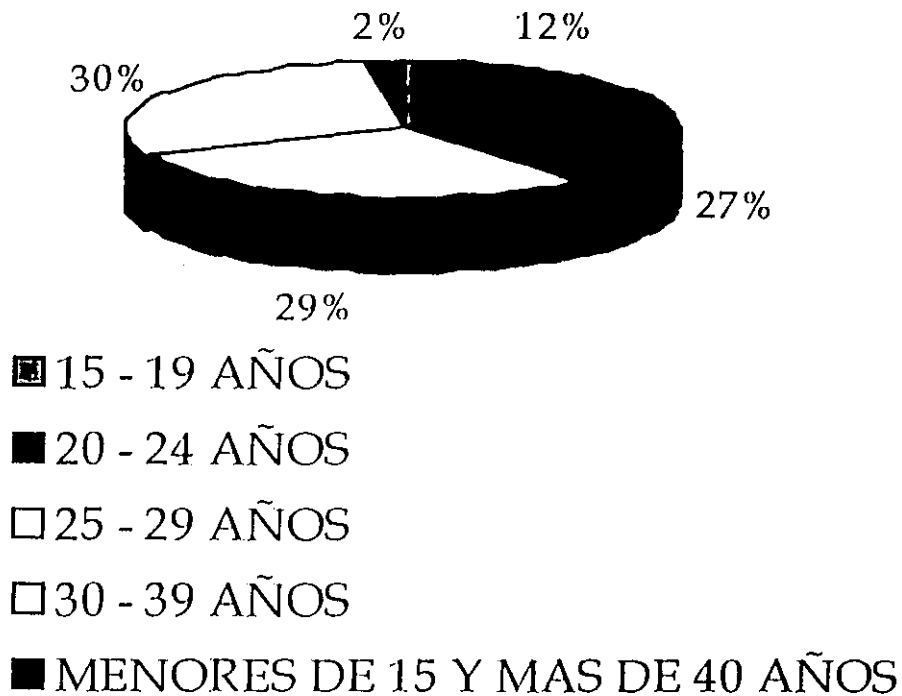
Gráfica No. 5 Datos obtenidos del archivo clínico del Hospital 14 de Septiembre ISSTECH periodo 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

FRECUENCIA DE CESAREA POR GRUPO DE EDADES

GRUPO DE EDAD	No. DE CESAREAS	PORCENTAJE
15 – 19 AÑOS	33	12.0%
20 – 24 AÑOS	75	27.2%
25 – 29 AÑOS	79	28.7%
30 – 39 AÑOS	82	29.9%
MENORES DE 15 Y MAS DE 40 AÑOS	6	2.2%
TOTAL	275	100.00%

Cuadro No. 6

FRECUENCIA DE CESAREA POR GRUPO DE EDADES



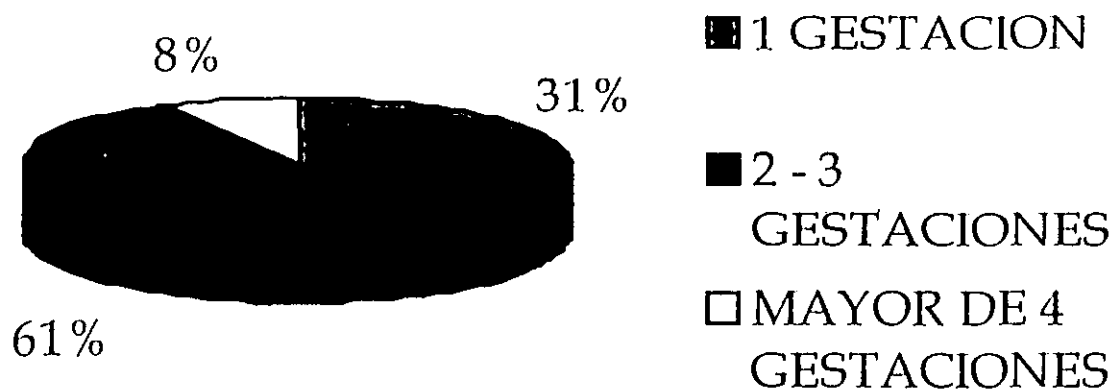
Gráfica No. 6 Datos obtenidos del archivo clínico del Hospital 14 de Septiembre ISSTECH periodo 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

NUMERO DE GESTACIONES EN PACIENTES CON CESAREA

No. DE GESTACIONES	No. CASOS	PORCENTAJE
1 GESTACION	85	31.00%
2 - 3 GESTACIONES	168	61.00%
MAYOR DE 4 GESTACIONES	22	8.00%
TOTAL	275	100.00%

Cuadro No. 7

NUMERO DE GESTACIONES EN PACIENTES CON CESAREA



Gráfica. No. 7. Datos obtenidos del archivo clínico del Hospital 14 de Septiembre ISSTECH periodo 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997

DISCUSIÓN

Con la presente investigación se pone de manifiesto que el incremento observado en la realización de operación cesárea en nuestro instituto, muestra una tendencia similar a la registrada en otras instituciones mexicanas y del resto del mundo, en distintos periodos, tanto en rapidez como en cifras porcentuales (18).

Reportes como el del INPer publicados en Junio de 1995 sobre la incidencia de operación cesárea durante un lapso de 10 años revela un incremento del 32.1% al 59.3%. (23).

Otros reportes nacionales correspondientes a esta década, como los publicados en el Hospital de la Mujer de SSA en 1993 con 33.6%. El Hospital Central Militar en 1994 reporta un 26.8%. El Hospital Civil de Guadalajara en 1994 con un 21.1%. La Clínica Conchita de Monterrey en 1993 con un 30.2%. El Hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez de la SSA en 1995 con un 27.58%. (23,25).

Reportes Internacionales como el de National Center Health en 1992 reportan un 23.3%. (23).

La cesárea previa y las distocias y en especial la desproporción cefalopélvica constituyen las principales causas de cesárea en nuestra población derechohabiente similares al de otros reportes como el realizado en la clínica del ISSSTE de Colima, Col. en 1988, en donde la distocia ocupa la primera causa en un 32.92% y a la cesárea previa en un 21.9%. (21).

El estudio realizado en el Hospital Central Militar en Febrero de 1994, reporta a la distocia como primera causa en un 29.87% y a la cesárea previa en un 22.86%. (22).

En el INPer se reporta a la cesárea iterativa en un 38.2% como primera causa y a la desproporción cefalopélvica en un 28.1%. (23).

En el Hospital General Regional de Tuxtla Gutiérrez se reporta a las distocias en un 34.78% como primera causa y a la cesárea previa como segunda causa en un 28.59%. (25).

Con respecto a las distocias, sigue siendo la desproporción cefalopélvica como la principal causa de realización de operación cesárea, similar a otros estudios reportados. (21,22,23,25).

En lo que a vicios de presentación se refiere, la presentación pélvica sigue siendo una de las principales causas, aunque muchos hospitales la realización de versión por maniobras externas son frecuentes. (21,22)

La edad en nuestro grupo de estudio, oscila similar a la de otros reportes nacionales presentados siendo en promedio la edad entre 20 y 30 años (21,22,24,25,26).

En relación al número de gestaciones presentadas por los pacientes operadas de cesárea fue similar al reportado en el Hospital Central Militar, siendo esta en promedio de 1 a 3 gestaciones. (22)

* Finalmente los reportes del presente trabajo de investigación revelan que el incremento en el número de realización de operación cesárea es alarmante, y que muchas de las indicaciones médicas se pudieron haber realizado por vía vaginal, pero con el aumento actual de demandas por negligencia médica se tiene que recurrir a la realización de operación cesárea.

CONCLUSIONES

- La frecuencia de realización de operación cesárea en nuestro instituto ocupa casi la mitad de los eventos obstétricos realizados durante el periodo de estudio.
- La indicación médica más frecuente para la realización de operación cesárea fue la cesárea anterior.
- Dentro del grupo de distocias, la más frecuente fue la desproporción cefalopélvica.
- Dentro de los vicios de presentación, la presentación pélvica fue la más frecuente.
- La edad promedio para la realización de operación cesárea fue de 30 a 39 años.
- El número de gestaciones presentados en los pacientes que se les realizo operación cesárea fue en promedio de 2 a 3 gestaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Martín L. Pernol y Cols. "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OBSTETRICOS" 6ta. Edición, Editorial El Manuel Moderno, S.A. de C.V., 1993, pág. 443-520.
- 2.- Neville F. Hacker, J. George Moore. "COMPENDIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA" Nueva Editorial Interamericana S.A.de C.V., 1989, pág. 269-275.
- 3.- Dr. Eduardo Nuñez Maciel y Cols. "GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA AMHGO N° 3 IMSS". 3° Edición, Méndez Editores S.A. de C.V., 1998, pág. 603-610.
- 4.- Alan H. Decherney, Martín L. Pernol. "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECO-OBSTETRICOS" 7° Edición, Manual Moderno S.A. de C.V. 1997, pág. 683-719.
- 5.- Héctor Mondragón Castro y Cols. "OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA". 2° Edición Editorial Trillas, Julio 1995, pág. 645-702.
- 6.- Héctor Mondragón Castro "OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA" 2° Edición, Editorial Trillas, Julio 1995, pág. 601-644.
- 7.- Alan H. Decherney, Martín L. Pernol. "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECO-OBSTETRICOS" 7° Edición, Manual Moderno S.A. de C.V. 1997, pág. 683-719.

- 8.- Shaver Phelan, Beckmann Ling. "MANUAL CLINICO DE OBSTETRICIA". 2º Edición Editorial Interamericana S.A. de C.V. 1995 pág. 512-529.
- 9.- Shaver Phelan, Beckmann Ling. "MANUAL CLINICO DE OBSTETRICIA". 2º Edición Editorial Interamericana S.A. de C.V. 1995 pág. 180-201.
- 10.- Shaver Phelan, Beckmann Ling. "MANUAL CLINICO DE OBSTETRICIA". 2º Edición Editorial Interamericana S.A. de C.V. 1995 pág. 219-223.
- 11.- Héctor Mondragón Castro "OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA" 2º Edición, Editorial Trillas, Julio 1995, pág. 601-644.
- 12.- Shaver Phelan, Beckmann Ling. "MANUAL CLINICO DE OBSTETRICIA". 2º Edición Editorial Interamericana S.A. de C.V. 1995 pág. 573-599.
- 13.- J. González Merlo , Jr. Del Sol . "OBSTETRICIA" 4º edición, ediciones científicas y técnicas, 1994 pág. 698-707.
- 14.- J. González Merlo , Jr. Del Sol . "OBSTETRICIA" 4º edición, ediciones científicas y técnicas, 1994 pág. 527-533.
- 15.- Héctor Mondragón Castro "OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA" 2º Edición, Editorial Trillas, Julio 1995, pág. 733-747.

- 16.- Bruce L. Flamm, MD "ONCE A CESAREAN, ALWAYS A CONTROVERSY" *Obstetric and gynecology*, vol 90 No. 2 August 1997 pág. 312-375.
- 17.- Mould, Chong, Spencer, Gallivan, "WOMEN'S INVOLVEMENT WITH THE DECISION PRECEDING THEIR CAESAREAN SECCION AND THEIR DEGREE OF SATISFACTION" *British Journal of Oftetric and Ginecology*, Vol. 103 November 1996, pág. 1074-1077.
- 18.- Velasco Murillo, Navarrete Hernández, Cardona Pérez y Cols. "ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA OPERACIÓN CESAREA EN EL IMMS". *Rev. Med. Del IMSS*, Vol. 35 No.3, 1997 pág. 207-212.
- 19.- Guzmán Sánchez, González Moreno y Cols. "¿QUÉ HACER PARA REDUCIR EL NUMERO DE CESAREAS?", *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 65, Julio 1997, pág. 273-276.
- 20.-Cerde Hinojosa, Benavides de Anda y Cols. "ATENCION DEL PARTO DESPUES DE OPERACIÓN CESAREA". *Ginecología y obstetricia de México*. Vol. 62,octubre 1994. Pág. 312-314.
- 21.- Uribarren Berrueta, Evangelista Salazar, "CESAREA SU FRECUENCIA E INDICACIONES", *Ginecología y obstetricia de México*, vol. 61, Junio 1993, pág. 168-170.
- 22.- Olivares Morales, Santiago Ramírez, Cortés Ramírez. "FRECUENCIA E INDICACIONES DE LA CESAREA EN EL HOSPITAL CENTRAL

MILITAR" Ginecología y obstetricia de México, vol. 64, Febrero 1996. Pág. 79-84

23.- García Benitez, Lira Plasencia y Cols. "OPERACIÓN CESAREA ¿CIENCIA O ANSIEDAD? ONCE AÑOS DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL" Ginecología y Obstetricia de México, vol. 65 Junio 1997, pág. 247-253.

24.- De la Garza Quintanilla, Celaya Juárez, Hernández Escobar. "PARTO DESPUES DE CESAREA EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DE GARZA GARCIA N.L." Ginecología y obstetricia de México, vol. 65 Abril 1997, pág. 116-130.

25.- Dra. María. Gpe. Salinas García. "FRECUENCIA DE LA OPERACIÓN CESAREA EN EL AÑO DE 1995 EN EL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA SSA", Tesis. UNACH Tuxtla Gutiérrez Chiapas México, Febrero 1996

26.- Dr. Víctor Manuel Guzmán Solís. "FRECUENCIA, INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA OPERACIÓN CESAREA EN EL HOSPITAL RURAL SOLIDARIDAD DE OCOZOCOAUTLA EN EL PERIODO DEL 1° DE ENERO AL 31 DE MAYO DE 1996" Tesis. UNACH Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Agosto de 1996.