



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

11226
30



PENSIONES CIVILES
DEL ESTADO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

CIUDAD CUAHUTEMOC, CHIHUAHUA

**“ FRECUENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN HIDALGO DEL PARRAL,
CHIHUAHUA, MARZO – JUNIO 1999”**


Trabajo que para obtener el diploma en

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta

DR. ERNESTO FRANCO GALLEGOS

Chihuahua, Chih., Febrero 7 de 2000



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.

**“ FRECUENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN HIDALGO DEL PARRAL,
CHIHUAHUA, MARZO – JUNIO 1999”**

Trabajo que para obtener el Diploma en
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DR. ERNESTO FRANCO GALLEGOS

AUTORIZACIONES:


Dr. Martín Parra Quezada

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México
Sede Cuahutemoc

Dr. José René Orozco Osorio

Asesor de la presente tesis, Médico Ginecólogo del Hospital General De Zona de Hidalgo del Parral Chihuahua


Dr. Pedro Dorantes Barrio

Asesor de tesis U.N.A.M.
Profesor del Departamento de Medicina Familiar


Lic. MIGUEL ETZEL MALDONADO

Director general de Pensiones Civiles del Estado

**PENSIONES CIVILES DE
ESTADO DE CHIHUAHUA/
DIRECCION MEDICA**


DR. RENÉ NUÑEZ BAUTISTA

Director médico de Pensiones Civiles del Estado.

**“FRECUENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN HIDALGO DEL PARRAL,
CHIHUAHUA, MARZO- JUNIO 1999”**

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

PRESENTA:

DR. ERNESTO FRANCO GALLEGOS

AUTORIZACIONES :



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**


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


**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR,
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**FRECUENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN
HIDALGO DEL PARRAL, CHIHUAHUA, MARZO - JUNIO 1999.**

ÍNDICE GENERAL

- 1) MARCO TEÓRICO
- 2) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- 3) JUSTIFICACIÓN
- 4) OBJETIVOS
 - a) Generales
 - b) Específicos
- 5) METODOLOGÍA
 - a) Tipo de Estudio
 - b) Población, lugar y tiempo de estudio
 - c) Tipo de muestra y tamaño de la muestra
 - d) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación
 - e) Información a recolectar. Variables a recolectar
 - f) Método para captar la información
 - g) Consideraciones éticas
- 6) RESULTADOS
 - a) Descripción de los resultados
 - b) Tablas y gráficas
- 7) DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS
- 8) CONCLUSIONES
- 9) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- 10) ANEXOS

1) MARCO TEÓRICO

La palabra cesárea se ha tratado de relacionar con el nombre del emperador Romano Julio César, se tiene la creencia de que este nació por cesárea, hecho controversial ya que en esa época dicha intervención era mortal, y se menciona que la madre de Julio César sobrevivió muchos años después del nacimiento de su hijo.

Numa Pompilio promulgó la Lex regia en el siglo VII A de JC y que después pasó a ser denominada Lex cesárea, bajo los emperadores, y que establecía la necesidad de extraer el feto a través de las paredes abdominales de las mujeres fallecidas durante el parto.

Los datos sobre las posibles cesáreas en la antigüedad o incluso en la edad media, y hasta los siglos XV y XVI, son difíciles de separar de las narraciones míticas o historias poco científicas. Hacia la mitad del siglo XVII se publicó el tratado clásico del gran obstetra francés Francois Mauriceau, donde se describe que la intervención se realizaba en casos desesperados y que era, en general mortal.

A mediados del siglo XVIII y mediados del siglo XIX hay intentos infructuosos en esta práctica, el primer cambio importante se debió a Porro de millán en 1867 quien proponía la histerectomía subtotal postcesárea con ello disminuye la probabilidad de infección y hemorragia. En 1889 Max Sanger introdujo la sutura de la pared uterina disminuyendo con esto la mortalidad por hemorragia. Finalmente Kerr en 1926 propuso la incisión transversa en el segmento inferior, técnica que se ha venido utilizando hasta nuestros días.(1)

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, después de que el embarazo a llegado a la semana 27 o más. En 1995 en Monterrey NL, en el Hospital Regional de Especialidades No. 23, en un periodo de 2 meses se registró una frecuencia de

cesárea del 45.08%. No obstante el riesgo de complicaciones maternas persiste y es de 4 a 8 veces mayor que en el parto (2)

El aforismo de Craigin que data de 1916 de que "cesárea, siempre cesárea" se fundamenta del temor de que se produzca una dehiscencia o ruptura uterina durante el trabajo de parto. Sin embargo con el advenimiento de la técnica Kerr este riesgo se ha reducido notablemente. En un hospital privado de ginecología y obstetricia en Monterrey NL, en el periodo de un año (1994- 1995) se realizó un estudio donde se incluyeron 104 pacientes que habían tenido una cesárea previa y a quienes se les dio la oportunidad de tener un parto, este trabajo comprobó que el permitir trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa es tan seguro como en las puerperas sin este antecedente, siempre que se seleccionen los casos y se respeten algunos requisitos ya establecidos como: cesárea previa, periodo intergenésico mayor de un año al inicio del embarazo, incisión segmentaria transversal previa, ausencia de complicaciones durante el acto quirúrgico previo, producto único, cefálico y de edad gestacional entre 37 y 41 semanas (3).

Se reportan en nuestro país en el periodo comprendido entre 1991 a 1995 se presentaron 7503817 nacimientos de los cuales el 27.7% fueron resueltos por cesárea(4).

En 1998 Guzmán y Martín de Alba reportan el gran reto que las instituciones públicas y privadas tienen ya que la norma oficial mexicana de atención del parto y puerperio refieren se debe reducir el número de cesáreas a menos del 17% en Instituciones de 2° nivel, ellos en un estudio realizado en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara reportan que la reducción de cesáreas del 28% al 13% no mostró cambios en la mortalidad perinatal situación que puede explicarse seguramente por una vigilancia más estrecha que las pacientes tienen cuando se intenta reducir el número de cesáreas, con respecto a la mortalidad materna sus resultados no fueron estadísticamente significativos.(5)

Otros autores analizaron la factibilidad y seguridad del parto vaginal después de una cesárea previa con una muestra de 1000 pacientes con antecedente de cesárea previa y reportan que el

parto vaginal se presentó en el 67.9% y la cesárea en el 32.1% y encontraron que los factores que determinaron la cirugía fueron: estrechez pélvica, falta de progresión de dilatación del cervix, sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, inserción baja de placenta y prolapso de cordón (6).

El Instituto Nacional de Perinatología de México, en un estudio de 11 años reportó una frecuencia de cesáreas del 40% en una muestra de 28400 nacimientos y las principales causas que determinaron la cirugía fueron: Cesárea previa, desproporción cefalopélvica, presentación pélvica, enfermedad hipertensiva agregada al embarazo, ruptura prematura de membranas y sufrimiento fetal agudo. (7)

En un estudio multicéntrico realizado en la CD. de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en un periodo comprendido entre 1990-95 determinando la frecuencia de cesáreas y su correlación con la muerte materna y perinatal, en el cual concluyeron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la frecuencia de cesáreas y mortalidad materna, mientras que la frecuencia de cesáreas no guardó relación con la mortalidad perinatal. El incremento de las cesáreas en la SSA durante el periodo analizado, estuvo más allá de los límites de sus beneficios y pudo haber contribuido a aumentar la morbilidad y la mortalidad materna y los costos hospitalarios (8).

En los últimos dos decenios la frecuencia de la operación cesárea se ha incrementado año con año, al través del tiempo han sido varios factores los que han contribuido al aumento de la incidencia de esta operación. En un estudio realizado en hospital Central Militar de México en un periodo de 2 años comprendido de 1992 a 1994 con una muestra de 6,977 pacientes que ingresaron en trabajo de parto el 73.1% tuvieron parto vaginal y el 28.84% se realizó cesárea. Al comparar este estudio con otros estudio previos sobre cesáreas realizados en el mismo hospital, se

observó un incremento significativo de 11% en un periodo de 12 años , la cual la complicación más frecuente fue la endometritis e infección de la herida quirúrgica, y sugieren que para frenar el incremento de la operación cesárea refieren insistir en el parto vaginal posterior a cesárea, el parto pélvico recomendarlo por vía vaginal, emplear adecuadamente el monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto para evitar interpretaciones erróneas de estrés fetal que conduzcan a intervenciones innecesarias (9)

En 1997 en el Hospital Civil de Guadalajara reportan estrategias integrales y procedimientos específicos para reducir el número de cesáreas tales como la amnioinfusión, intento de parto vaginal en pacientes con cesáreas previas, uso de prostaglandinas y versión por maniobras externas entre otras; con ellas redujeron el porcentaje de cesáreas hasta un 10.8% (10).

En 1997 en el Hospital Central Militar de México en el transcurso del año se presentaron 104 embarazos con presentación pélvica , al 75% se les realizó cesárea de estos la morbilidad materna se presento en el 20% y 0% en los partos vaginales. En los productos de presentación pélvica perfectamente seleccionados para parto vaginal, la morbilidad fetal no está aumentada significativamente y la morbilidad materna se abate importantemente. En pacientes seleccionadas y con médicos bien entrenados en la atención de esta distocia el parto por vía vaginal es una buena opción para atender esta presentación (11).

En 1997 en Maryland Baltimor USA en el departamento de estadísticas reportó un 20.8% de nacimientos por cesáreas (12).

En general la cesárea previa es una de las indicaciones obstétricas principal de cesárea (39%),

Seguida por las distocias (28%), sufrimiento fetal (14%), la presentación pélvica (9%) y otras (10%). Para elegir en el término del embarazo una prueba de trabajo de parto o repetir la cesárea influyen muchos factores tales como: el hospital, el médico, el tipo de paciente etc (13).

Se reportan varios factores causantes del incremento de la cesáreas tales como: mayor número de pacientes con cesárea previa, disponibilidad de tecnología avanzada, complicaciones durante la gestación y el parto, abandono a maniobras obstétricas tradicionales, acentuada declinación en el uso de los fórceps, presiones sociales, cambio en los planes de enseñanza de la obstetricia a los médicos durante su residencia y avances en el empleo de anestésicos. En 1957 se reporta a nivel nacional una frecuencia del 2.3% de cesáreas y 30 años después (1987) el incremento es de 32.8%. La operación cesárea no es inocua. (14)

Toda operación cesárea incrementa el riesgo de morbilidad materna, además eleva el costo del sistema de asistencia médica. En Georgia E. U. la operación cesárea incrementó el riesgo de defunción a 10 veces más que el parto. (15)

En un Hospital privado de Ginecología y Obstetricia en Monterrey NL. se estudiaron 1722 niños nacidos en 1998 el 67% nacieron por cesárea programada, el 19% cesárea pero con trabajo de parto y el 13% nacieron por parto vaginal. Reportaron que la ventaja del parto vaginal sobre la cesárea es indiscutible, ya que los riesgos más frecuentes son las infecciones, hemorragias, posibles lesiones en intestino, vejiga, ureter o vasos sanguíneos, y en el neonato taquipnea transitoria, membrana hialina, niños prematuros y sepsis. (16)

En los embarazos a término con ruptura prematura de membrana habría que tomar en cuenta el manejo expectante considerando si el cervix es desfavorable para la inducto-conducción (17)

El diagnóstico de distocia en particular la desproporción fetopélvica es una de las primeras indicaciones obstétricas de cesáreas que incrementa el número de esta técnica quirúrgica y está en

relación con el uso reducido de los estudios radiográficos y de una menor importancia al valor de la pelvimetría interna (18).

Otras causas también descritas como factores que llevan a la cesárea son: miedo al dolor, solicitud de parte de la paciente para que se le realice cesárea aunque obstetricamente no esté indicada, defender aspectos estéticos, temor a las demandas, comodidad y ambición económicas de parte del obstetra.(19).

En California, Estados Unidos en un periodo de 5 años (Enero 1991 a Dic 1995) Se observo un parto vaginal exitoso después de cesárea en un 83.5% (20).

En Filadelfia, Estados Unidos durante un periodo de 2 años (Ene 1989-Dic 1990) el 18.3% de los nacimientos fueron por cesárea y el trauma obstétrico fue de 8.4/1000 nacimientos, durante los siguientes 4 años la tasa de cesáreas fue de 22.3% y el trauma obstétrico aumento al 5.3/1000 nacimientos, observándose que con un 4% de incremento en las tasas de cesáreas disminuyo significativamente la ocurrencia de trauma obstétrico (21).

En Oklahoma EU, en 1980 se compararon 2 hospitales uno urbano y el otro rural en el éxito de parto vaginal después de cesárea encontrando un 85% para el urbano y un 68% para el rural (22).

En Puerto Rico las tasas de cesáreas para el trienio 1980-82 fue del 27%, los datos indicaban que la incidencia de nacimientos por cesárea continuaban incrementándose y para 1994 llegaban al 31% estando en ese momento entre las más altas del mundo (23).

En 1988 en Estados Unidos se encontró comparando el tipo de parto de las adolescentes con el de las mujeres adultas que hubo menos cesáreas para las adolescentes(24)

En el hospital Kaiser de la región sur de California en 1997 se proponía parto vaginal después de cesárea tomando en cuenta los siguientes factores de riesgo, dándoseles la siguiente puntuación, para la edad menor de 40 años (2 puntos), parto vaginal antes y después de la primera cesárea (4 puntos), parto vaginal antes de la primera cesárea (2puntos), parto vaginal después de la primera

cesárea (1punto), cesárea sin antecedente de parto (0 punto), otra causa de cesárea aparte de desproporción céfalo pélvica (1punto), borramiento cervical durante la admisión mayor al 75% (2 puntos), de 25% al 75% de borramiento (1puntos), y borramiento menor del 25% (0 punto). Dilatación cervical de 4 cm o más al momento de la admisión (1punto). Las tasas de éxito en el parto vaginal después de cesárea fue de un 49% para las pacientes que tenían una puntuación de 0-2, y de un 95% para las pacientes que tenían una puntuación de 8 a 10. (25).

En un estudio realizado en Alaska se reporta que no es necesaria la presencia de un pediatra cuando la cesárea no ha tenido complicaciones y esta ha sido practicada bajo anestesia regional (26).

La Norma Oficial Mexicana de atención del parto y puerperio refiere que debe reducirse el número de cesáreas a niveles no mayores de 17% en Instituciones de 2º nivel de atención (27).

2) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La frecuencia de operación cesárea ha ido en aumento, en nuestro país las tasas de esta técnica quirúrgica son de las más altas del mundo. El mal control prenatal llevado por el médico familiar propicia a que se llegue al término del embarazo sin conocimiento de los factores de riesgo obstétricos que modifican un desenlace exitoso en una gestante a término; y que podrían alterar la morbimortalidad materno fetal. Es frecuente que la mujer gestante acuda a la atención de su parto sin ningún control prenatal; y es bien sabido que el aforismo de Craigin de que "cesárea siempre cesárea" puede modificarse desde el inicio del embarazo con un buen control prenatal llevado por su médico familiar .por eso nos preguntamos ¿de la mujeres gestantes que llegan a la atención de su parto al Hospital General de Zona No. 23 de Hidalgo del Parral Chihuahua en el periodo comprendido entre el 1º de Marzo al 31 de Junio de 1999 cuantas pacientes llevaron un control prenatal adecuado?,

¿cómo influye el control prenatal en la toma de decisiones para la atención de un parto ya sea vía vaginal o cesárea?

3) JUSTIFICACIÓN:

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que permite extraer al producto de la concepción a través de una laparotomía con el fin de disminuir la morbimortalidad materno-fetal. En los últimos 20 años se ha observado un incremento hasta el 40% de esta práctica, y se considera que el riesgo materno y fetal es 3 o 4 veces mayor en una cesárea que en un parto vaginal. Se reporta en 1995 en Monterrey NL. en un período de 2 meses una frecuencia de cesárea del 45%, en 1998 en un hospital particular de esta misma ciudad hubo un 67% de cesáreas programadas, En el hospital nacional de Perineonatología en un período de 11 años se reportó una frecuencia de cesárea de 40% y las principales causas que determinaron esta intervención quirúrgica fueron cesárea previa, desproporción céfalo pélvica y presentación pélvica. Es de suma importancia conocer cual es la frecuencia de cesáreas en nuestra localidad y saber cuales fueron los factores que determinaron que se realizara esta maniobra quirúrgica, también consideramos determinante conocer el riesgo obstétrico con que fueron calificadas las pacientes durante el control prenatal

4) OBJETIVOS :

a) Generales

Determinar la frecuencia de cesáreas en el Hospital General de Zona Número 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hidalgo Del Parral Chihuahua.

b) Específicos

- Identificar el factor de riesgo de las paciente
- Conocer los rangos de edades en que se están presentando los embarazos
- Conocer las semanas de gestación de las puérperas en el momento del parto o cesárea

5) METODOLOGÍA

a) TIPO DE ESTUDIO:

transversal, descriptivo.

b) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

La población derechohabientes del Hospital General de Zona Número 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hidalgo del Parral Chihuahua que acudieron a atender el desenlace de su embarazo a dicho hospital en un periodo comprendido del 1 de Marzo al 30 de Junio de 1999

c) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para medir frecuencia se toma todos los nacimientos que se presentaron del 1º de Marzo al 30 de Junio de 1999.

d) CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

Se incluyeron todos las pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano Del Seguro Social que acudieron al desenlace de su embarazo en el Hospital General de Zona Número. 23 del 1º de Marzo al 30 de Junio de 1999. No se excluyo ni se eliminó ningún expediente, por tratarse de un estudio de frecuencias.

e) INFORMACIÓN A RECOLECTAR. VARIABLES A RECOLECTAR.

1)Edad: conceptual: tiempo que ha vivido una persona:

Operacional :Tiempo que ha vivido una persona medido en años

2)Procedencia: conceptual: punto de salida de una persona.

Operacional: la adscripción a que pertenezca la paciente en la zona de atención del instituto Mexicano del Seguro Social

3)Escolaridad: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Operacional: para este estudio se tomará en cuenta la primaria o menos, secundaria o más, según se refiera en el expediente o directamente de la paciente

4) Gesta: conceptual: Embarazo, preñez.

Operacional: Embarazos referidos en el expediente .

5) Parto: conceptual : conjunto de fenómenos fisiológicos conducentes a la salida o extracción de un feto viable al exterior.

Operacional: Conjunto de fenómenos fisiológicos conducentes a la salida o extracción de un feto viable al exterior referido en el expediente o partograma.

6) Aborto: conceptual: pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable,

Operacional: pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable, referido en el partograma

7) Cesáreas previas: conceptual: la extracción del feto y la placenta, a través de una incisión en la pared uterina, que se haya practicado previamente a una paciente.

Operacional: extracción del feto y la placenta a través de una incisión practicada en la pared abdominal, las referidas en el partograma.

8) Periodo intergenésico: Conceptual: Intervalo entre el último parto cual haya sido su termino y el inicio del embarazo actual.

Operacional: se tomara el intervalo entre el ultimo parto y el actual medido en meses, referido en el expediente.

9) Factor de riesgo: Conceptual: elemento que contribuye a producir algún daño.

Operacional: se tomara en cuenta la sumatoria de puntos que Calificándolo como bajo riesgo $< 0 =$ de 4 puntos, y alto riesgo 5 o $>$ puntos

10) Antecedentes personales patológicos: Conceptual: dato o circunstancia personal que denote enfermedad.

Operacional: dato o circunstancia personal que denote enfermedad se tomaran en cuenta lo anotado en el expediente clínico.

11) tabaquismo: Conceptual : Intoxicación aguda o crónica por el tabaco; nicotinismo o nicotismo.

Operacional: Se tomara en cuenta lo referido el número de cigarrillos fumados al día según lo anotado en el expediente clínico .

12) Alcoholismo: Conceptual: Intoxicación por el alcohol puede ser aguda o crónica.

Operacional: se tomara en cuenta lo anotado en el expediente.

13) Consultas prenatales: conceptual: visitas al consultorio o a la clínica una vez por mes hasta la semana 32^a. cada 2 semanas hasta la 36^a., y después semanalmente o con mayor frecuencia si se presentan complicaciones hasta el parto.

Operacional: se tomaran el número de consultas registradas en el expediente.

f) MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

A través de un cuestionario estructurado se tomó la información directa de las paciente, de los expedientes clínicos, del partograma y de las hojas de registro de partos, cesáreas, legrados y abortos, elaborados en dicho hospital.

La información se procesó a través de una base de datos donde se realizó análisis de estadística descriptiva (%; medias, medianas desviaciones estándar etc.)

g) CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Con respecto a la ética médica y la declaración de Helsinki, modificada en Tokio, no hubo tramite que efectuar ya que no se manejaron nombres ni medicamentos ni estudios invasivos a las pacientes, y todo se manejó en forma confidencial.

6) RESULTADOS

De 400 nacimientos que se presentaron en un periodo del 1° de Marzo al 30 de Junio de 1999 el 38.2 % fueron cesáreas (tabla 1) El 60% de las parturientas contaban con una edad de 20 a 29 años, solo el 1% era mayor de 40 años y el 19% restante su edad fluctuaba entre 15 y 19 años (tabla 2). El 68% refirió estar adscrita a la clínica 23. Con respecto a la escolaridad el 27% no se tenía este dato del resto de las pacientes el 51% tenía secundaria o más. El número de gestas de las pacientes tubo una media de 2.2 embarazos con una desviación estándar de 1.2 (tabla 3). el 8% refería haber tenido un aborto, el 15.7 refirió antecedente de una cesárea previa y el 4.2% de dos cesáreas previas. Con respecto a sus antecedentes patológicos el 69% refirió no tener patologías previas, en el 25% no se tenía este dato, 8 pacientes (2%) refirieron ser hipertensas y 3 pacientes (0.75%) padecían diabetes mellitus. El periodo ínter genésico el 24% no se tenía este dato, el 30% eran primigestas el promedio de las restantes era de 48 meses con una desviación estándar de 31.7 meses. El tabaquismo en el 26% no se tenía la información el 70% no fumaba y el 3.2% el tabaquismo era positivo. El alcoholismo solo fue positivo en el 1.2% con un índice de no respuesta del 30%. El bajo riesgo obstétrico fue registrado en el 78% (tabla 4), las consultas prenatales en el 24% no tenían la información y de las restantes la media fue de 6.4 consultas con una desviación estándar de 3.5 (tabla 5), la edad gestacional de la paciente tubo una media de 38.8 semanas con una desviación estándar de 2.2. De las cesáreas realizadas el 88.8% tenían diagnóstico preoperatorio de cesárea previa, el 3.9% desproporción céfalo -pélvica y el 1.9% preeclampsia/eclampsia (tabal 6).

TABLA 1
TIPO DE PARTO

evento	Frecuencia	%
Parto vaginal	246	61.50
Cesárea	153	38.25
Sin dato	1	0.25

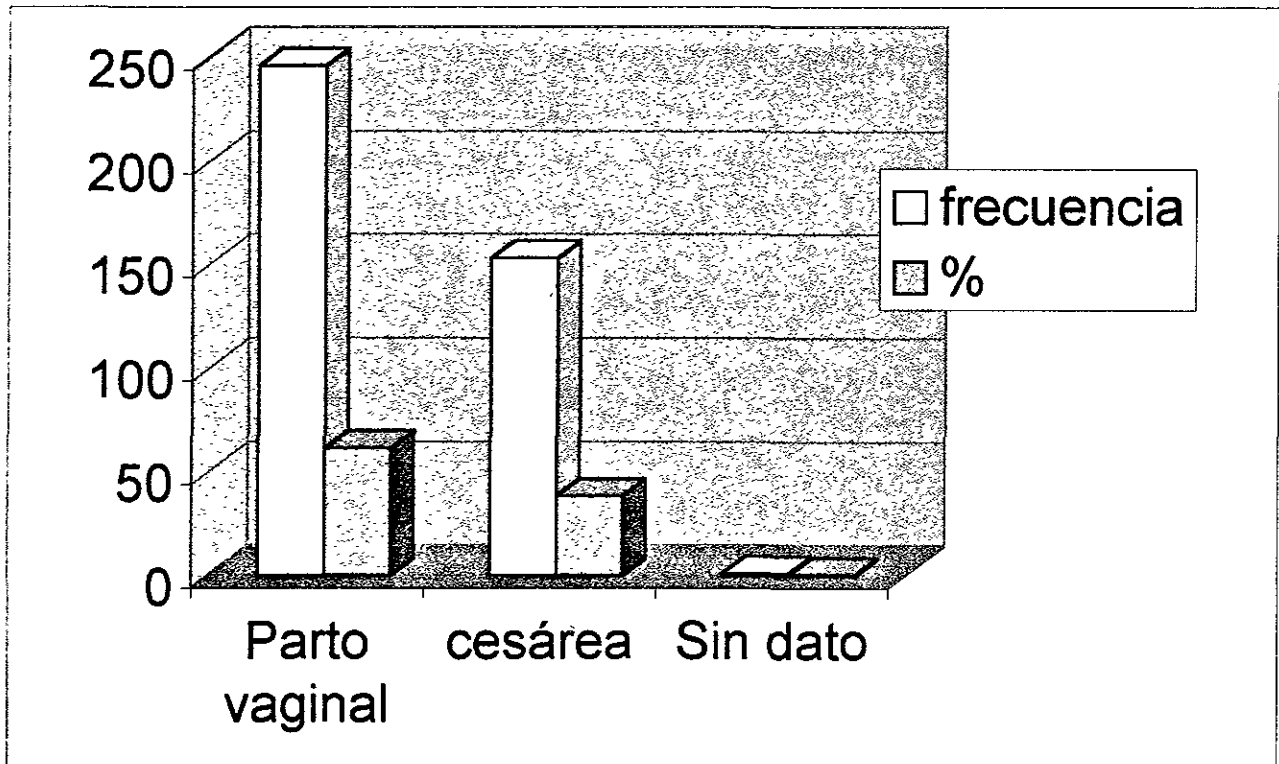


TABLA 2
EDAD DE LAS PACIENTES

Edad	Frecuencia	%
15-19 años	77	19.35
20-29 años	238	59.80
30-39 años	78	19.60
40 o más años	5	1.26

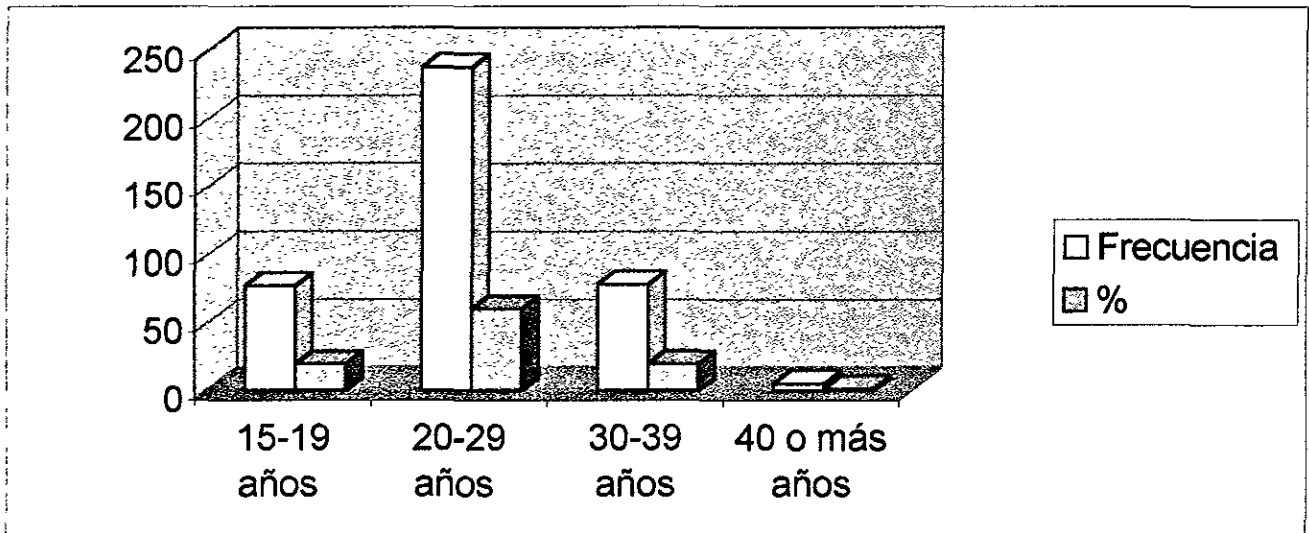


TABLA 5
NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES

Consultas	frecuencia	%
1-5	136	34.0
6-10	132	33.0
11-15	29	7.25
16 o más	4	1.0
Sin dato	99	24.75

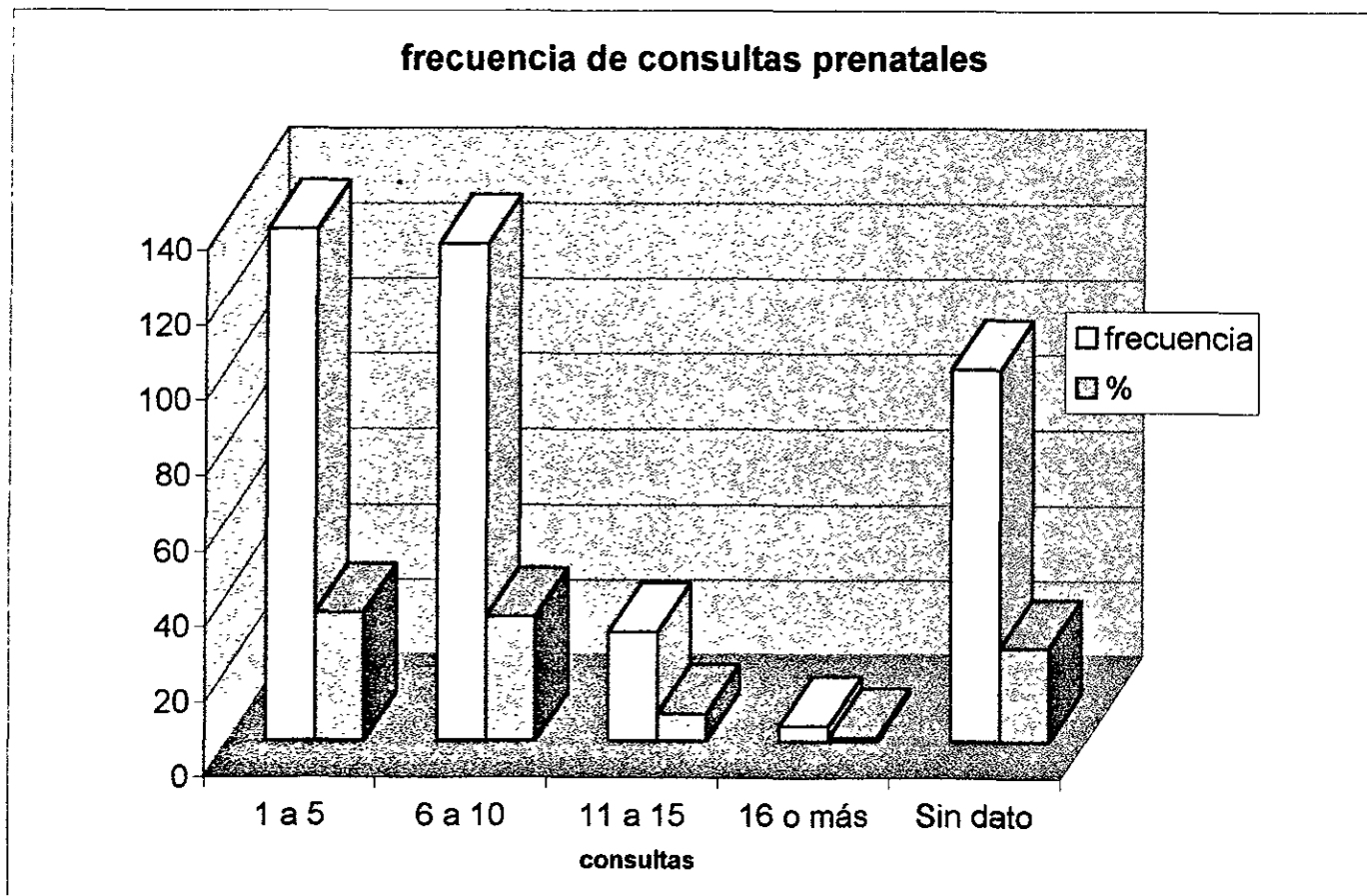


TABLA 4

FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO

Riesgo	frecuencia	%
1-4 puntos	256	78.0
5-8 puntos	58	17.68
9-12 puntos	11	3.35
12 o más puntos	3	0.91

Factor de riesgo obstétrico

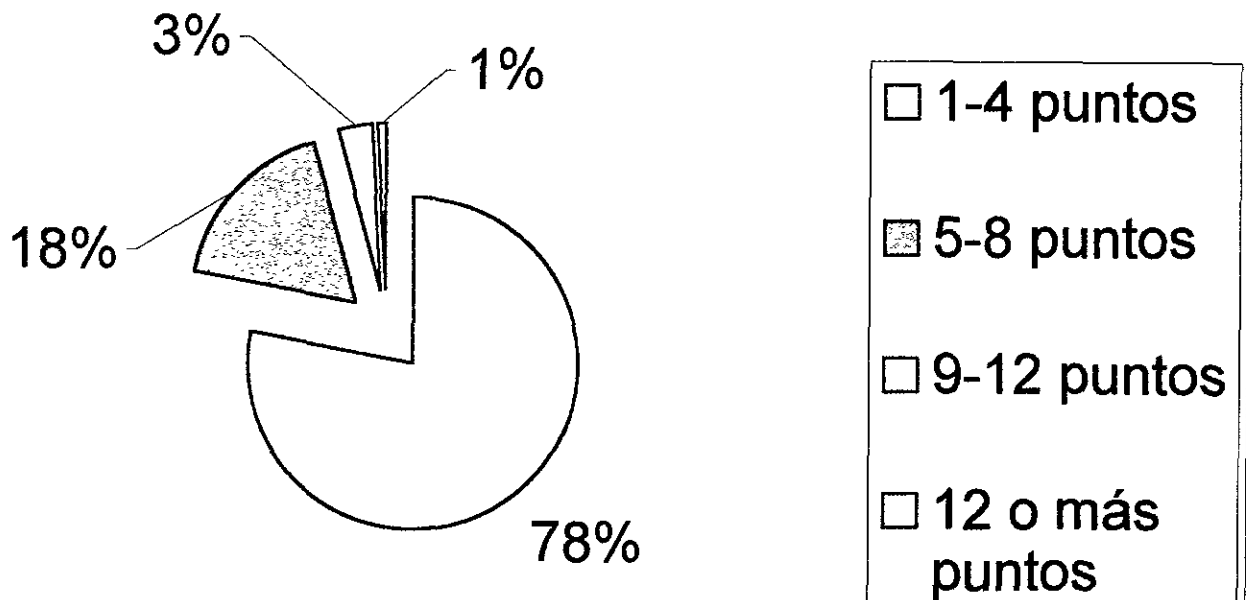


TABLA 6
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO

Diagnóstico	frecuencia	%
Cesárea previa	136	88.3
Desproporción céfalo-pélvica	6	3.9
Sufrimiento fetal agudo	3	1.95
Preeclampsia/eclampsia	3	1.95
Oligohidramnios	2	0.50
Ruptura prematura de membranas	1	0.25
Sin datos	3	1.95

7) Discusiones.

En nuestro trabajo se observó que el parto por cesárea se practicó en un 38.2% que concuerda con lo reportado por otros autores(1,3,6); este alto porcentaje pudiera estar influido por la disminución de las maniobras tradicionales, la presión social, el bajo uso de la pelvimetría, factores que ya han sido mencionados en otros estudios (13).

La Norma Oficial Mexicana (26) reporta que la operación cesárea en un hospital de 2º nivel no debe de rebasar el 17% lo cual en nuestro estudio se observó muy por arriba de este parámetro.

El factor que más se repitió para la indicación de cesárea fue tener el antecedente de cesárea previa, la encontramos en el 88% de las cesáreas realizada, otros autores también reportan este antecedente como una de la principales causas de operación cesárea (1,6,8) .

En algunos artículos reportan que sometieron a las pacientes con cesárea previa a una prueba de trabajo de parto, en nuestro estudio no logramos determinar que porcentaje de las pacientes con antecedente cesárea fueron sometidas a dicha prueba, ya que no existe un registro que lo indique. Se encuentran ya descritos los parámetros que deben llenar las pacientes con antecedente de cesárea previa que se someterán a prueba de trabajo de parto (2).

En este estudio se observó marcadamente un subregistro de los datos del control prenatal, datos sumamente importantes para valorar la conducta a seguir en el desenlace del embarazo; ignoramos si este documento no fue elaborado o por omisión de la paciente no lo presentó en el momento de la atención del parto. Ya en otros estudios también se ha encontrado un subregistro de los datos prenatales (23).

Con respecto a la consulta prenatal en el 25% no se encontró registro prenatal y en el 34% se registraban menos de 5 consultas; esto nos indica que mas de la mitad de las pacientes no había

acudido adecuadamente a su control prenatal , ya se registró en un estudio realizado en Francia que en los embarazos en adolescentes del 20 al 30% llevan un control prenatal deficiente (23).

8) Conclusiones

La frecuencia de cesárea que encontramos fue alta (38.28), la edad de las pacientes al 60% se encontraban en una etapa óptima para el embarazo, aunque se atendieron 5 pacientes (1.2%) mayores de 40 años, así como el 20% tenían menos de 20 años, edades con alto riesgo obstétrico, las parturientas se encontraban entre la segunda y tercera gesta. Un alto porcentaje del estudio tuvieron un alto índice de falta de datos mayor al 20% variables importantes como la escolaridad, periodo ínter genésico tabaquismo, alcoholismo y número de consultas prenatales; esto nos habla de que la paciente al llegar al desenlace de su embarazo no cuenta con la información adecuada que se debe de tener en su control prenatal para llevar con éxito la atención del parto, hubo pacientes de las cuales solo encontramos como únicos datos el nombre y el tipo de parto.

La indicación más repetida para practicar la cesárea fue el antecedente de tener cesárea previa(88.3%) considero de suma importancia someter a la pacientes con este antecedente a prueba de trabajo de parto, siguiendo el ejemplo de otros hospitales que han reportado su estrategia para reducir el número de cesáreas, sometiendo a prueba de trabajo de parto a pacientes con determinadas características, Sugiero se registren adecuadamente la información del control prenatal por su médico familiar hacerle ver ha la paciente la importancia de acudir a la tensión del parto con este documento

En este estudio se observó la practica de salpingoclasia en el 9.7% de las pacientes estudiadas.

9) Referencias bibliográficas

- 1) Cararach-V Cesárea. Mortalidad materna; Obstetricia González-Merlo edición 1990, Salvat editore: 707-718.
- 2) Treviño Tamez G, Puente Gonzalez H.Indicación de operación cesárea: Revisión de 300 casos. Ginecología y Obstetricia de México. 1998;66:411-413
- 3) De la Garza Quintanilla C, Celaya Juárez JA, Hernández Escobar C. Parto después de cesárea en el Hospital de Ginecoloobstericia de Garza García N.L. Ginecología y obstetricia de México 199; 65:126-130
- 4) Juárez Ocaña S, Fajardo Gutiérrez A, Pérez Palacios G, Guerrero Morales R, Gómez Delgado A. Tendencias de los embarazos terminados por operación cesárea en México durante el periodo 1991-1995. Ginecología y obstetricia de México 1999;67:308-318.
- 5) Guzmán Sánchez A, De Alba A, Alfaro Alfaro N. ¿La reducción de cesáreas de 28 al 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal; la gran duda? Ginecología y Obstetricia de México 1998;66:122-125
- 6) Guzmán Sánchez A, Alfaro Alfaro N, Pérez García J, De alba M. Intento de parto vaginal en 1000 pacientes con antecedente de cesárea previa en el antiguo hospital civil de Guadalajara. Ginecología y obstetricia de México 1998;66:325-329
- 7) Quesnel García B, Lira Placencia Josefina, Ibarquengoitia Ochoa F, Aguayo González P, Ahued Ahued J, Neri Méndez C. Operación cesárea ¿ciencia o ansiedad? once años de experiencia institucional. Ginecología y obstetricia de México 1997;65:274-253.
- 8) Cabezas G E, Delgado Lara A, Morales del OlmoA, Pérez Palacios G. Comportamiento de la cesárea en la SSA durante el período 1990-95. Ginecología y obstetricia de México 1998;66:335-338.
- 9) Olivares Morales A, Santiago Ramírez J, Cortes Ramírez P. Frecuencia e indicación de la cesáreas en el Hospital central militar. Ginecología y obstetricia de México. 1996;64:79-84.
- 10)Guzmán Sánchez A, González Moreno J, González Guzmán M, Villa Villagrán F. ¿Qué hacer para reducir el numero de cesáreas?. Ginecología y obstetricia de México 1997;65:273-276.
- 11)Neri Ruiz E, Valerio Castro E, Cárdenas Arias R, Navarro Milla C. Presentación pélvica ¿siempre cesárea?. Ginecología y obstetricia de México 1997;65:474-477.
- 12)Guyer B, MacDorman MF, MartinJA, Peters KD, StrobinoDM. Annual summary of vital statistics-199. Pediatrics 1998;102(6):1333-49
- 13)McMalon Michael J. Parto vaginal después de cesárea. Clínicas obstetricas y ginecológicas. 1999;341-352.
- 14)AhuedAhued R. Operación cesárea: un reto para el futuro. PerinatolReprod Hum. 1991;5:1.
- 15)Quilligan E. Operación cesárea perspectivas modernas. Manual moderno Atención del embarazo de alto riesgo. 2ª edición .445-49
- 16)Acuña V-E, Rodríguez B-I. Comparación de la morbilidad neonatal en niños nacidos por cesárea Vs parto vaginal. Pediatría 1999;66:40-45.
- 17)Villalobos G-A, Coutiño G-Ma. Frecuencia de cesárea en embarazos de término con ruptura prematura de membranas. Ginecología y obstetricia de México 1998;66:452-55
- 18)Pineda G-E, FrancoS-M, Ahued A-J. Operación cesárea. 25 años de su evolución en el Hospital Regional"20 de Noviembre"ISSSTE 1990;58:59-64.

- 19) Sereno C-J. Razones en pro y en contra de la operación cesárea. *Ginecología y obstetricia de México* 1999;67:353-55.
- 20) Schimmel LM, Schimmel LD, DJoseph J. Toward lower cesarean birth rates and effective care: five years outcomes of joint private obstetric practice. *Birth* 1997;24(3):181-7.
- 21) Puza S, Roth N, Macones GA, Mwnnuti MT, Morgan MA. Does Cesarean section decrease the incidence of major birth trauma? *J Perinatol* 1998;18(1):9-12.
- 22) Sieck CC. Vaginal Birth after cesarean section: a comparison of rural and metropolitan rates in Oklahoma. *J okla State Med Assoc.* 1997;90(8): 444-9
- 23) Vazquez-Calzada JL. Cesarean Childbirth in Puerto Rico: The Facts. 1997;16(4):395-400.
- 24) Janky E, Gallais A, Landre M. Generalidades sobre el embarazo y el parto en las adolescentes 1996;1-7.
- 25) Bruce L. Iamm, Geiger Ann. Vaginal Birth after cesarean Delivery: an admission scoring system. *Obstetrics and gynecology.* 1997;90(6):97-10.
- 26) Jack Jacob, Jan Pfenninger. Cesarean deliveries: When is a pediatrician necessary?. *Obstetrics and gynecology* 1997;89(2):217-20.
- 27) Norma Oficial Mexicana de Emergencia Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido. *Nomem-992-SSA2-1993.* Sábado 23 de octubre

ANEXO 1

ENCUESTA ESTRUCTURADA PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACION FRECUENCIA DE CESAREAS EN EL H.G.Z. DEL IMSS. EN HGO DEL PARRAL CHIH.

No de afiliación _____ Folio _____

Nombre _____ Edad _____

Procedencia _____

Escolaridad

Primaria o -	1
Secundaria o +	2

Gesta _____ Partos _____ abortos _____ cesáreas _____ Periodo intergenésico _____

Antecedentes personales patológicos

Ninguna	1
HTA	2
DM	3
Cardiopatías	4
Otras	5

Tabaquismo

No, - de 10 cigarros al día	1
Más de 10 cigarros al día	2

Alcoholismo/toxicomanías

Si	1
No	2

Factor de riesgo _____ No. de consultas prenatales _____

Tipo de Parto

Fecha _____

Vaginal	1
Cesárea	2

Diagnóstico _____

Diagnóstico preparatorio _____

Diagnóstico postoperatorio _____