

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

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADEMICA
CLINICA HOSPITAL DR. ROBERTO NETTEL FLORES

FRECUENCIA E INDICACIONES DE OPERACION
CESAREA EN LA CLINICA HOSPITAL DR. ROBERTO
NETTEL FLORES DEL ISSSTE. TAPACHULA, CHIAPAS.
(DEL 1°. DE ENERO AL 31 DE JULIO DE 1995)



TAPACHULA, CHIAPAS

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. CONSUELO ABARCA ALFARO

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

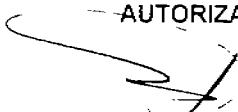
FRECUENCIA E INDICACIONES DE OPERACION
CESAREA EN LA CLINICA HOSPITAL DR. ROBERTO
NETTEL FLORES DEL ISSSTE. TAPACHULA, CHIAPAS.
(DEL 1º. DE ENERO AL 31 DE JULIO DE 1995)

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

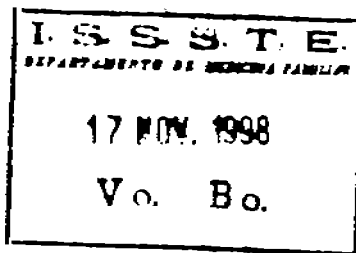
Presenta:

DRA. CONSUELO ABARCA ALFARO

AUTORIZACIONES:


~~DR. MAXIMILIANO LOPEZ GARCIA~~

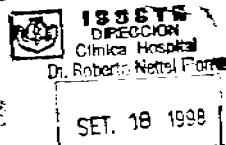
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN
TAPACHULA, CHIAPAS





DR. RENE W. BURGOS CALDERON
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E.


DRA. VERONICA CRUZ ANGUIANO
ASESOR METODOLOGICO


DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.




DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

Tapachula, Chiapas

FRECUENCIA E INDICACIONES DE OPERACIÓN
CESAREA EN LA CLINICA HOSPITAL DR. ROBERTO
NETTEL FLORES DEL ISSSTE. TAPACHULA, CHIAPAS.
(DEL 1º. DE ENERO AL 31 DE JULIO DE 1995)

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

DRA. CONSUELO ABARCA ALFARO

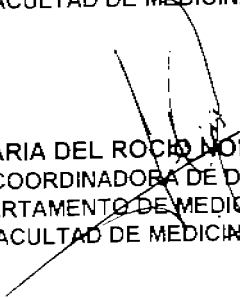
AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL 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.



DRA. MARIA DEL ROCIO MORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

INDICE

	Pag
1.- TITULO DE LA INVESTIGACION	1
2.- INDICE GENERAL	2
3.- ANTECEDENTES	3
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
5.- JUSTIFICACION	14
6.- OBJETIVOS	16
- General	17
- Específicos	17
7.- METODOLOGIA	18
■ Tipo de estudio	19
■ Poblacion, Lugar y Tiempo de estudio	19
■ Tipo de muestra y tamaño de la muestra	19
■ Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	19
■ Información a recolectar. Variables a recolectar	20
■ Método o procedimiento para captar la información	23
■ Consideraciones éticas	23
8.- RESULTADOS	24
■ Descripción de los resultados	25
■ Tablas (cuadros) y gráficas	27
9.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	45
10.- CONCLUSIONES	53
11.- SUGERENCIAS	55
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
13.- ANEXOS	60

3.- ANTECEDENTES

OPERACION CESAREA

La operación cesárea o parto del feto a través de la vía abdominal mediante la incisión quirúrgica del útero, se practica desde tiempos muy antiguos (1, 2, 3).

HISTORIA

Según el historiador Reinhard Hosfschlaeger, la operación cesárea se practicaba en tiempos prehistóricos. En el papiro egipcio de Kahum que data del año 2160 A.C., se encuentran referencias respecto a la operación cesárea que era practicada por mujeres cirujanas. En la obra antigua Mischnagoth (140 años A.C.), en algunas publicaciones de la literatura hebrea, hay referencias a la operación cesárea en gemelos y la cesárea post-mortem (3).

En Roma según relata el historiador Plinio, el Emperador Numa Pompilio (716-673 A.C.) decretó la Lex Regia que se refería a la cesárea post-mortem y que así nacieron Escipion El Africano y Marco Manileo, el que entró a Cartago (3).

El Emperador Justiniano (Siglo VI) en Los Digestos hace mención a la escisión abdominal para extraer el producto (3).

No existen relatos de la operación cesárea en mujer viva, en los primeros años del Cristianismo, sino hasta el año 1250. en que Paulo, Obispo de Mérida, España, que había sido médico, la practicó a la esposa de un Senador (3).

El primer relato de operación cesárea en mujer viva, de Gaspar Behuim, en el año 1500 D.C., refiere que el carnicero Jacobo Neuffer de un tajo abrió el vientre a su esposa y extrajo un niño vivo, en la ciudad de Sigerhausen, Suiza (3).

En 1581, se publicó en París la primera monografía de la operación cesárea, bajo el título "Traite Nouveau de L'Hysterotomie ou L'enfantement Caesarien" por Francois Rousset, que alcanzó gran difusión, traduciéndose al alemán y al latín y fue la obra

clásica por dos o tres siglos: en esta ya se señalaban las indicaciones de la operación como fetos gigantes y monstruosos, estrecheces pelvicas y del canal blando y malposiciones: así también que la vejiga debe estar vacía para no lesionarla. Actualmente se sabe que Rousset nunca realizó una sola operación ni siquiera como espectador y que la obra que escribió se basó en cartas de sus amigos (1).

El 21 de abril de 1610 el cirujano Jeremías Trautman, operó en la ciudad de Wittember a Ursula Optiz esposa de un tonelero a quien el desprendimiento de un cincho de barril le produjo una herida (3).

Pasaron muchos años hasta que en 1876 Edoardo Porro practicó con éxito una operación mutilante a una primipara. Julia Cavallini de Gambolò, de 25 años, por pelvis raquítica asimétrica, operación que describe con detalle en su obra "Dell'Amputazione utero-ovárica como cumplimiento di taglio cesareo", operación cesárea con histerectomía subtotal con sobrevida de la madre y del feto (3).

En 1882, aparecieron dos trabajos diferentes, uno de Adolph Kehrer y otro de Max Sanger, donde hacen referencia a la sutura de la pared uterina (3).

La mortalidad materna por operación cesárea a fines del siglo XIX y principios del siglo XX era muy alta. En 1865 en Gran Bretaña e Irlanda alcanzó el 80% (1).

En los primeros años de este siglo los esfuerzos de los cirujanos y obstétricos se encaminaron al perfeccionamiento de las suturas y vías de acceso, así como a precisar las indicaciones (3).

Fritz Frank en 1907 realizó la primera cesárea extraperitoneal (1).

En 1912 Kronig defendió la ventaja principal de la técnica extraperitoneal, que estribaba en efectuar la incisión en peritoneo, más que en evitar la cavidad peritoneal. La técnica de Kronig fue introducida en Estados Unidos por Beck y popularizada por De Lee y otros. En 1926, Kerr introdujo una modificación importante en esta técnica,

prefería que la incisión uterina fuera transversal, en lugar de longitudinal. En la actualidad la técnica más empleada de operación cesárea es la de Kerr (1).

En México, la historia de la operación cesárea ha seguido una secuencia similar a la que tuvo lugar en Europa. No existen datos verídicos de la práctica de la operación cesárea antes de la llegada de los españoles (3).

El Virrey Fray Antonio María de Bucareli y Ursúa, dictó la orden el 21 de noviembre de 1772 de que se efectuara la operación cesárea post mortem en todos los lugares del Virreinato para asegurar la vida eterna a los niños por medio del bautismo (3).

La primera operación cesárea que se efectuó en el nuevo mundo y de la que se tiene referencia, tuvo lugar en México, según consta en La Gaceta de México, correspondiente al 29 de mayo de 1779 (Tomo IX) (3).

Para finales del siglo y después del éxito de la operación de Porro se empieza a utilizar en nuestro país la operación cesárea con histerectomía por los doctores Juan María Rodríguez y Fernando Zárraga. El interés por el tema se refleja en varias tesis como la del Dr. F. Peña, que versa sobre la técnica de Sanger, la del Dr. Adalberto Lara sobre indicaciones (3).

La operación cesárea segmentaria transperitoneal fue llevada a cabo por primera vez en nuestro país por el Dr. Clemente Robles en el año de 1926, en el Hospital Juárez (3).

INDICACIONES

La gran diversidad de las indicaciones de operación cesárea evidencia que determinar una indicación depende de la decisión propia de cada obstetra. Las indicaciones han evolucionado en estas dos últimas décadas y su evolución no ha terminado (2).

Las causas de operación cesárea pueden ser maternas, fetales o materno-fetales
(4). Las indicaciones también pueden ser absolutas y relativas (2).

Indicaciones absolutas:

- Placenta previa central
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Presentaciones y situaciones anormales del feto (situación transversa u oblicua, presentación de hombro)
- Prolapso de cordón
- Desproporción fetopélvica evidente (pelvis muy estrecha o volumen fetal excesivo con peso mayor de 4,500 g y con pelvis normal).
- Obstáculos previos (quistes de ovario con volumen mayor a 8 cm de diámetro, mioma previo fijo, otros tumores pélvicos) (2, 5).

Indicaciones relativas:

- Sufrimiento fetal (documentado por registro de la frecuencia cardíaca fetal, ecografía y pH fetal)
- Anomalia de progresión (distocia)
- Embarazos múltiples
- Presentación pélvica
- Indicaciones vinculadas al estado genital (cicatrices uterinas, prerruptura y ruptura uterinas; cáncer cervicouterino, diafragmas transversales de la vagina, etc.)
- Patologías gravidicas (hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus, iso-inmunización materno fetal)
- Indicaciones fetales (malformaciones fetales compatibles con la supervivencia, hidrocefalia; muerte fetal intrauterina repetitiva) (2)

Se agrupan según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª. Edición:
a) Cesárea previa; b) presentación pélvica; c) distocia; d) sufrimiento fetal; e) todas las demás (ruptura prematura de membranas, retardo en el crecimiento intrauterino, hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia del tercer trimestre, embarazo gemelar, etc.) (6, 7).

FRECUENCIA

La operación cesárea representa la operación más frecuente durante el embarazo (4). De un 5 a un 30% de todos los embarazos tienen el parto por vía abdominal (4).

El consenso estadounidense sobre nacimientos por cesárea señaló el aumento de estas operaciones, de un 5.5% en 1970 a 16.5% en 1980 y un incremento hasta de 24.7% en 1988 (8). En un reporte del Hospital Dr. Ignacio Morones Prieto del I.M.S.S. en Monterrey, Nuevo León, se analizaron 1,100 cesáreas y encontraron que se ha incrementado el índice de cesáreas en un 34% (9). La operación cesárea se emplea actualmente con más frecuencia como consecuencia de una mejor técnica quirúrgica, uso de antibióticos, mejores métodos anestésicos (7, 9) y al incremento en el diagnóstico de sufrimiento fetal, con el seguimiento del estado fetal mediante el diagnóstico por la imagen y la monitorización, lo cual aumenta el número de intervenciones por esta causa (1, 2, 8).

La Organización Mundial de la Salud, señala, después de la conferencia realizada en 1985 sobre tecnología apropiada para el nacimiento, que no existía ninguna justificación en ningún país para tener una tasa más alta de un 10 a un 15% de cesáreas (2).

TECNICA DE LA CESAREA

No existe una técnica estándar de cesárea: se debe adaptar a cada caso en particular (2). Las técnicas más empleadas son las de segmento uterino inferior, porque se considera que el riesgo de ruptura uterina o de dehiscencia de la cicatriz en embarazos subsecuentes es menor, se pierde menos sangre, las posibilidades de adherencias postoperatorias al intestino son excepcionales y la sutura uterina es más fácil de realizar (2, 5).

Los diversos tipos de operación cesárea son los siguientes:

- segmentaria transversal o de Kerr
- segmentaria longitudinal o de Kronig
- corporal o clásica
- segmento corporal o de Kerer
- extraperitoneal

Se ha abandonado el uso de la cesárea vaginal (5).

Deben respetarse algunos criterios generales:

- exposición adecuada del útero;
- fácil acceso al feto;
- minimización de los riesgos de infección y de dehiscencia postoperatoria con adecuada técnica de asepsia y antisepsia. utilización de antibioticoterapia profiláctica en la mayoría de las pacientes. drenaje subcutáneo en las mujeres obesas o cuando la hemostasia no es perfecta, especialmente en las pacientes diabéticas. desnutridas o que presenten prolongada ruptura de membranas;
- extracción manual del feto (2).

COMPLICACIONES

La cesárea se vincula con las complicaciones de cualquier laparotomía (8). Las complicaciones mayores incluyen lesiones del tracto urinario, lesión vesical o ureteral, laceraciones uterinas, lesiones fetales con secuelas y lesiones intestinales (2, 8). Las complicaciones también incluyen infección y hemorragia (2, 5, 8).

Mortalidad materna:

Se ha reducido considerablemente con el transcurso de los años gracias a los avances técnicos, a la antibioticoterapia y a la reanimación (2), se vincula con problemas médicos preexistentes. En un estudio se informó que el riesgo de muerte por 100,000 partos era de 22.3 para la cesárea y de 10.8 para el parto vaginal (8).

Morbilidad materna postoperatoria:

La morbilidad materna postoperatoria después de operación cesárea varía de un autor a otro del 10 al 42% y cerca de 90% tiene origen infeccioso (2, 5).

Complicaciones infecciosas:

La infección urinaria es la complicación más frecuente, debe buscarse cuando se retira la sonda urinaria o bien cuando se presente fiebre.

La endometritis, se asocia con la presencia de fiebre, loquios de mal olor y útero doloroso y mal involucionado (2, 5), ocurre en el 40% de los casos (8).

El cuadro clínico de la infección pelviabdominal mas habitual es el de una peritonitis o pelvipertonitis de presentación insidiosa donde predomina la fiebre (2, 5).

La infección de la pared abdominal se presenta con una frecuencia que varía del 4 al 8%. El diagnóstico se confirma con la exploración de la herida quirúrgica, se presenta alrededor del 4º. día postoperatorio con fiebre alta oscilante. Deberá evacuarse rápidamente el material purulento (2, 5).

Hemorragia postoperatoria.

Esta complicación se observa en el 4% aproximadamente de las cesáreas, puede deberse a un hematoma de la pared o bien el sangrado de la histerotomía por una hemostasia insuficiente conformaría un hematoma del ligamento ancho. circunscrito por la peritonización y que en raras ocasiones requiere una nueva intervención (2). Puede aparecer al 10º. ó al 15º. día postoperatorio una hemorragia secundaria debido al aflojamiento de la sutura con necrosis del miometrio, aunque esto es raro (2).

Enfermedad tromboembólica.

Es muy poco frecuente desde que se emplea heparina de bajo peso molecular en forma profiláctica (2).

Complicaciones digestivas.

Puede presentarse íleo funcional postoperatorio. La aparición de una oclusión intestinal se observa en las cesáreas corporales o segmento corporales. cuando la cicatriz uterina mal peritonizada causa adherencias intestinales (2).

Complicaciones diversas.

Puede aparecer síndrome depresivo transitorio y benigno, si el parto ha sido prematuro y el recién nacido se ha tenido que reanimar (2).

Mortalidad y morbilidad perinatales.

La operación cesárea representa menos riesgo para el lactante que el parto vaginal complicado (5). Existe una morbilidad directamente relacionada con la indicación de la cesárea, como en el sufrimiento fetal agudo o crónico (2) y un aumento de la frecuencia de insuficiencia respiratoria idiopática que se explica por estancamiento del líquido pulmonar, ya que el parto por cesárea interrumpe el proceso fisiológico que supone el paso del feto a través del canal pelvigénital para la eliminación de este

líquido (2). Esta es una complicación menor y su frecuencia se sitúa alrededor del 5%, complicación que se resuelve en la mayoría de los casos con asistencia fisioterapéutica adecuada (2).

La prematuridad y atrógica es menos frecuente en la actualidad en las operaciones planeadas gracias a los medios con los que se cuenta hoy día, como la valoración por ultrasonido y pruebas de madurez pulmonar fetal (5).

PREVENCIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Aunque continúan elevándose las tasas de cesárea, algunos autores informan de métodos que podrían disminuir el número de estas intervenciones (5, 10):

- Parto vaginal después de cesárea.- El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras recomienda someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que exista algunas de las siguientes circunstancias: que persista la indicación anterior, que la cesárea fuese clásica o desconocida, que el feto pese 4 000 g o más, que haya alguna contraindicación para el parto vaginal o que no se pueda monitorizar el parto y falta de anestesiólogo y neonatólogo (10).
- Versión por maniobras externas.- Para cambiar una presentación pélvica, situación transversa o distocia de actitud, antes de que se presente el trabajo de parto y que el producto esté vivo (10).
- Nacimiento por vía vaginal de presentaciones podálicas seleccionadas (5).
- Aplicación intracervical de prostaglandinas PGE₂ en casos de cervix desfavorable (10).
- Amnioinfusión.- En casos de oligohidramnios, ya que la disminución del líquido o su desaparición puede condicionar sufrimiento fetal por la compresión del cordón umbilical, motivo por lo cual muchos investigadores sugieren la operación cesárea (10).

El procedimiento consiste en aplicar solución fisiológica al amnios (amnioinfusión) que consiste en un procedimiento sencillo que bajo condiciones de asepsia y antisepsia, anestesia local, y control ecocardiográfico se introduce a la cavidad amniótica por vía abdominal una aguja número 18 a través de la cual se pasan en promedio 500 a 600 ml de solución salina al 0.9% hasta lograrse una cantidad mínima normal de líquido amniótico, después de la amnioinfusión se valora clínicamente y/o cardiotocográfica y se induce o conduce el parto (10).

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha presenciado el aumento progresivo del índice de cesáreas en los últimos años en todo el mundo. En Europa, el aumento de la frecuencia de cesáreas ha pasado del 8.8% en 1981, al 16.7% en 1989 (10).

En Estados Unidos la frecuencia se ha quintuplicado del 5% en 1964 al 25% en 1988 y algunos autores consideran que de continuar esta tendencia hacia el alza podría llegar al 40% en el año 2000 (10).

En nuestro país también se sigue esta tendencia al aumento y algunos consideran que actualmente es del 24% al 62% (10).

La justificación de este aumento, se debió en parte a la disminución progresiva de los índices de mortalidad perinatal (2, 8); aunque hay controversia acerca de esta aseveración, por lo común se acepta que se puede disminuir la tasa de cesáreas sin modificar de manera adversa los índices de mortalidad perinatal (8).

Las indicaciones más frecuentes son por cesárea anterior, distocias, sufrimiento fetal y presentación pélvica (8, 10), o sea que el aumento en el índice de cesáreas no es debido a una sola causa (8).

En nuestro estado de Chiapas, la Clínica Hospital Dr. Roberto Nettel Flores del ISSSTE, brinda atención hospitalaria a la zona costa, desde Pijijiapan hasta Ciudad Hidalgo y en esta área de influencia atiende a 9,295 mujeres en edad fértil. En 1994 proporcionó atención obstétrica a 448 mujeres; 259 presentaron parto eutócico y a 189 se les practicó operación cesárea, lo que representa el 57.8 y el 42.19% respectivamente de dicha atención, frecuencia que coincide con la nacional reportada por algunos investigadores (10). Se desea conocer cuáles son las principales causas de la operación cesárea en nuestro hospital.

Por lo anterior, nos preguntamos ¿cuáles son las indicaciones y frecuencia de la operación cesárea en la Clínica Hospital Dr. Roberto Nettel Flores, del ISSSTE?

5.- JUSTIFICACION

En el archivo estadístico de la Clínica Hospital se obtuvo el número global de cesáreas efectuadas en 1994 que correspondió al 42.19% como lo anotamos anteriormente; pero no hay registro de las causas que motivaron la operación, ni encontramos ningún tipo de estudio relacionado con este tema. Deseamos conocer si las causas que motivan la intervención en nuestra población son similares a las de otros hospitales o si hay algún factor local que explique la alta incidencia o alguna causa en particular que esté repercutiendo en elevar el índice de cesáreas.

Con este estudio pretendemos elevar la calidad de la atención obstétrica, proporcionando vigilancia prenatal adecuada, para que no se siga incrementando la incidencia de cesáreas, y las que se indiquen, se justifiquen adecuadamente con los lineamientos generales de la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente marcada por la O.M.S.; se utilicen adecuadamente los recursos tecnológicos disponibles en la Clínica Hospital y que todo esto contribuya a mejorar la calidad de la salud materno-infantil.

Para realizar esta investigación, no se necesitó financiamiento por parte de la institución ni extrainstitucional, el costo del material, que incluyó hojas de papel, lápices para recolectar datos, borradores, diskettes, etc, fue financiado totalmente por nosotros.

6.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en la Clínica Hospital Dr. Roberto Nettel Flores.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Determinar las diez primeras causas de operación cesárea y su frecuencia
- 2) Determinar si hubo o no control prenatal adecuado
- 3) Determinar el grupo de edad más frecuente

7.- METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional prospectivo transversal descriptivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Todas las pacientes embarazadas a las que se efectuó operación cesárea en la Clínica Hospital Dr. Roberto Nettel Flores del ISSSTE en Tapachula. Chiapas, del 1º. de enero al 31 de julio de 1995.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las pacientes embarazadas adscritas a la clínica Hospital Dr. Roberto Nettel Flores, a las que se practicó operación cesárea, del 1º. de enero al 31 de julio de 1995. Muestreo no probabilístico tipo cuota.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las pacientes embarazadas a las que se dio atención obstétrica del 1º. De enero al 31 de julio de 1995, en especial a las que se realizó operación cesárea.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Ninguno.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Expedientes clínicos con información incompleta mayor al 60%

INFORMACION A RECOLECTAR. VARIABLES A RECOLECTAR

Edad: número de años cumplidos a la fecha desde su nacimiento; variable cuantitativa continua, se mide con escala cuantitativa de razón.

Ocupación: empleo, oficio o actividad a la que dedique la mayor parte del tiempo, obtenga o no remuneración; variable cualitativa nominal, se mide con escala cualitativa nominal.

Peso: cantidad de masa corporal en kilogramos, se tomará la cifra anotada al ingreso de la paciente o de la última consulta prenatal. Variable cuantitativa continua, se mide con escala cuantitativa dimensional.

Talla: estatura o longitud del cuerpo humano, medido del vértice de la cabeza a los pies, expresado en el sistema métrico decimal, esta cifra se tomará del expediente, si no se encontrara se medirá a la paciente. Variable cuantitativa continua, se mide con escala cuantitativa dimensional.

Edad gestacional: semanas de embarazo contadas a partir del primer día de la última menstruación; variable cuantitativa continua, se mide con escala cuantitativa dimensional.

Menarca: edad a la que se presentó la primera menstruación; variable cuantitativa continua, se mide con escala cuantitativa de razón.

Ritmo menstrual: intervalo en días entre una menstruación y otra y duración de la misma en días. Variable cuantitativa discreta, se mide con escala cuantitativa de razón.

Inicio de vida sexual: edad en años a la que tuvo la primera relación sexual; variable cuantitativa continua, se mide con escala cuantitativa de razón.

Número de gestaciones: el número de embarazos que haya tenido la paciente a la fecha. sean a término o no; variable cuantitativa discreta, se mide con escala cuantitativa de razón.

Partos: número de partos por vía vaginal que haya tenido la paciente a la fecha; variable cuantitativa discreta, se mide con escala cuantitativa de razón.

Abortos: número de productos expulsados antes de la semana 20 de embarazo contadas a partir del primer día de la última menstruación o con peso menor a 500 g; variable cuantitativa discreta, se mide con escala cuantitativa de razón.

Operación cesárea: intervención quirúrgica para obtener el producto por vía abdominal, cuando no se pueda efectuar por vía vaginal; variable cuantitativa discreta, se mide con escala cuantitativa de razón.

Tipos de cesárea: técnica quirúrgica empleada para la operación cesárea: a) segmentaria transversal o de Kerr; b) segmentaria longitudinal o de Kronig; c) corporal o clásica; d) segmento corporal o de Kehrer; e) extraperitoneal (5). Variable cualitativa nominal, se mide con escala cualitativa nominal.

Atención prenatal: vigilancia médica periódica proporcionada a la paciente embarazada para detección y control de factores de riesgo obstétricos; prevención, detección y tratamiento de anemia, preeclampsia, infecciones cervico-vaginales y urinarias; complicaciones hemorrágicas del embarazo y retraso del crecimiento intrauterino (11). Variable cualitativa nominal, se mide con escala cualitativa dicotómica. Adecuada, si tuvo 5 o más consultas previas al parto, comenzando antes de la semana 20 de la gestación, e inadecuada si tuvo menos de cinco consultas prenatales.

Indicación o causa de la operación cesárea: se tomará el primer diagnóstico que motivó la intervención. Motivo, causa o razón por la que se efectúa la operación cesárea, según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª. Edición: a) cesárea previa; b) presentación pélvica; c) distocia; d) sufrimiento fetal; e) todas las demás (ruptura prematura de membranas, hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia

del tercer trimestre, embarazo gemelar, embarazo prolongado, etc) (6, 7). Variable cualitativa nominal, se mide con escala cualitativa nominal.

Complicaciones del embarazo: cualquier estado patológico del embarazo que no corresponda a un embarazo normal. Variable cualitativa nominal, se mide con escala cualitativa nominal.

Enfermedades intercurrentes: cualquier proceso patológico previo o que se presente durante el embarazo, de cualquier aparato o sistema. Variable cualitativa nominal, se mide con escala cualitativa nominal.

Cirugías previas: cualquier operación abdominal o extraabdominal previa; variable cualitativa nominal, se mide con escala cualitativa nominal.

Producto: recién nacido obtenido por la operación cesárea, del que se anotará sexo, peso y escala de Apgar.

Sexo: característica orgánica que diferencia al macho de la hembra, lo masculino de lo femenino.

Valoración de Apgar: valoración hecha al recién nacido al minuto y a los 5 minutos de vida, como guía en el pronóstico de vida. La evaluación al minuto es un índice de asfixia y de ventilación asistida. La puntuación a los 5 minutos es un parámetro relacionado con la posibilidad de fallecimiento (12) (Anexo No. 1).

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Dianamente se revisaron los ingresos hospitalarios por atención obstétrica, para obtener los datos de las pacientes a las que se había intervenido quirúrgicamente por operación cesárea, para llenar las hojas de recolección de datos: cuando faltaba algún dato se interrogó a la paciente. Se utilizó estadística descriptiva de tendencia central como moda, mediana y porcentajes.

CONSIDERACIONES ETICAS

En base a la declaración de Helsinki (13), consideramos no necesario obtener el consentimiento informado de las pacientes de este estudio, ya que fue un estudio observacional; en esta investigación no hubo ningún riesgo adicional ni para la madre ni para el recién nacido: solamente se revisaron expedientes clínicos en el puerperio inmediato post-quirúrgico, no tuvimos ninguna relación con la decisión de la vía de nacimiento. En la casi totalidad de los casos no tuvimos que reinterrogar a las pacientes.

El protocolo de investigación contó con la aprobación de las autoridades de la Clínica Hospital, así como del comité de investigación de la Delegación Chiapas del ISSSTE.

8.- RESULTADOS

Descripción

Del primero de enero al 31 de julio de 1995 se atendieron 214 partos eutócicos y se realizaron 93 cesáreas (tabla núm. 1), lo cual representa el 70 y el 30% respectivamente de la atención obstétrica (gráfica núm. 1). La edad menor a la que se practicó la operación cesárea, en el período de estudio, fue de 17 años y la mayor de 43 años, con un promedio de 27 años y el período de edad en que con más frecuencia se realizó la operación cesárea fue de 25 a 34 años con 62 casos (67%) (tabla núm. 2, gráfica núm. 2).

En cuanto a la ocupación, empleo u oficio desempeñado por las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea, se encontró el mayor porcentaje entre las profesionistas, 51%, en 47 casos, en segundo lugar a las amas de casa, 25 casos (27%), en tercer lugar las que se desempeñan como técnicas y en último lugar las obreras, solo 4 casos (4%) (tabla núm. 3, gráfica núm. 3).

La atención prenatal se consideró adecuada en 77 pacientes (83%) e inadecuada en 16 casos (17%) (tabla núm. 4, gráfica núm. 4).

El peso en kilogramos encontrado en las pacientes, fue: el mayor de 111.500 kg y el menor de 43 kg con un promedio de 68 kg. El grupo más numeroso, 36 pacientes pesaron 70 o más kilogramos de peso (39%) (tabla núm. 5, gráfica núm. 5). La estatura mayor encontrada en nuestras pacientes fue de 1.73 m y la menor de 1.39 m, con un promedio de 1.53 m (tabla núm. 6, gráfica núm. 6); 29 pacientes cursaban la segunda gestación, 28 la tercera, 7 pacientes la cuarta, 6 pacientes la quinta y sólo 2 pacientes cursaban la sexta gestación (tabla núm. 7, gráfica núm. 7). En cuanto a la edad gestacional, en 11 pacientes el producto fue pretérmino, en la mayoría de las pacientes, 80, el embarazo fue de término y sólo 2 tuvieron embarazo de 42 semanas (tabla núm. 8, gráfica núm. 8).

La cesárea previa ocupó el primer lugar de las indicaciones en nuestra casuística con 24 pacientes, el segundo lugar la desproporción cefalopélica con 19 casos, la tercera indicación fue por enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo con 8 casos, en cuarto lugar tuvimos 7 casos por ruptura prematura de membranas, en quinto lugar 5 casos por sufrimiento fetal, también con 5 casos encontramos la presentación

pélvica, en séptimo lugar 4 casos por embarazo gemelar o múltiple, 3 casos por trabajo de parto prolongado, en noveno lugar con 3 casos circular de cordón, y, en décimo lugar 2 casos por situación transversa (tabla núm. 9, gráfica núm. 9).

Se obtuvieron por operación cesárea durante el periodo de estudio 98 productos vivos, 54 del sexo masculino y 44 del sexo femenino (tabla núm. 10, gráfica núm. 10). El peso de estos productos osciló entre 950 g y 5700 g, con un promedio de 3161 g (tabla núm. 11, gráfica núm. 11). La calificación de Apgar del recién nacido varió de 4/7 a 9/10, en 75 casos (77%) la calificación fue de 8/9 (tabla núm. 12, gráfica núm. 12).

La técnica quirúrgica utilizada con más frecuencia fue la cesárea segmentaria o de Kerr en 89 casos, en dos casos se utilizó la cesárea corporal o clásica y solo en un caso se utilizó la técnica segmento corporal (tabla núm. 13, gráfica núm. 13).

Entre las complicaciones del embarazo que presentaron las pacientes de este estudio, se encontró la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo en diversos grados, desde preeclampsia leve, 11 casos, moderada un caso, preeclampsia severa 7 casos y eclampsia, 3 casos. 16 pacientes cursaron con amenaza de aborto, 12 con amenaza de parto prematuro y 2 pacientes con prurigo del embarazo. 41 pacientes no presentaron complicaciones (tabla núm. 14, gráfica núm. 14)

En nuestro estudio 41 pacientes presentaron enfermedades intercurrentes con el embarazo y 52 no presentaron ninguna enfermedad intercurrente. Entre las enfermedades intercurrentes más frecuentes el primer lugar lo ocuparon las infecciones de las vías urinarias con 14 casos, en segundo lugar las infecciones de las vías respiratorias altas y bajas, 11 casos, y el resto de enfermedades que presentaron fue en menor proporción (tabla núm. 15, gráfica núm. 15).

En 39 pacientes no se encontraron antecedentes quirúrgicos (tabla núm. 16, gráfica núm. 16); 38 pacientes tuvieron antecedentes de operación cesárea, de éstas, 8 tuvieron antecedentes de 2 o más cesáreas previas y 8 pacientes tuvieron antecedentes de 2 o más intervenciones quirúrgicas (tabla núm. 17, gráfica núm. 17).

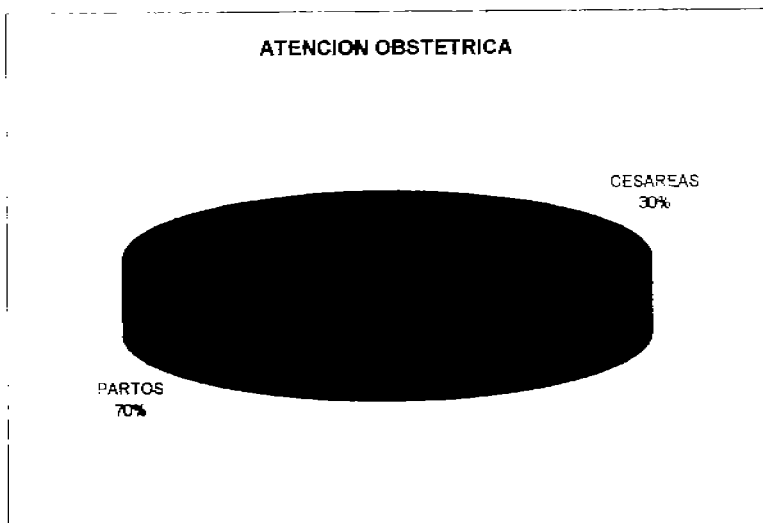
RESULTADOS

Tablas y gráficas

TABLA No 1
ATENCION OBSTETRICA

ATENCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CESAREAS	93	30
PARTOS	214	70
TOTAL	307	100%

GRAFICA No 1

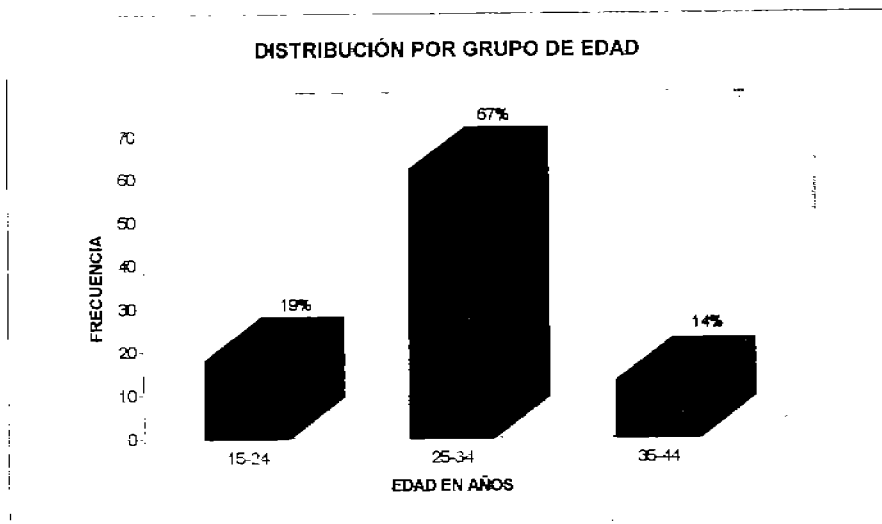


Fuente: cédula de recolección de datos

TABLA No 2
DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-24	18	19
25-34	62	67
35-44	13	14
TOTAL	93	100

GRÁFICA No 2

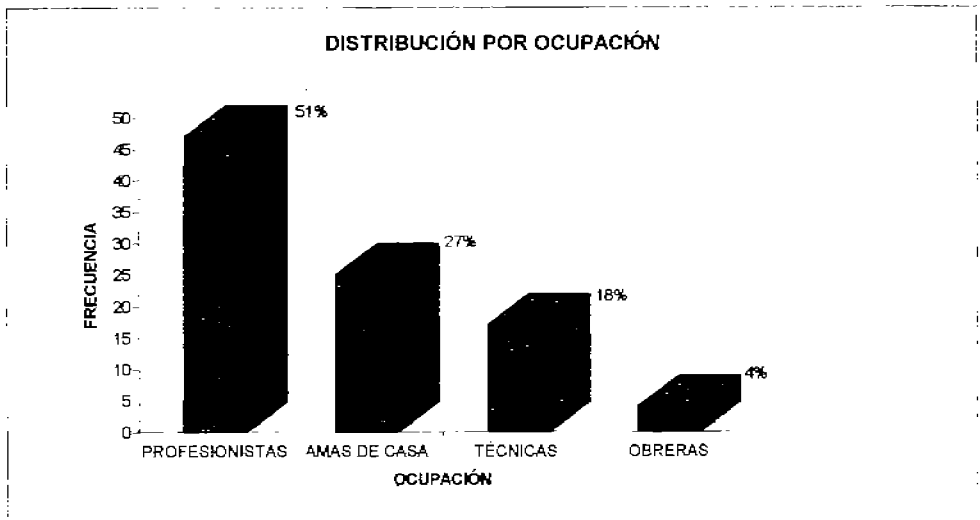


Fuente: cédula de recolección de datos

TABLA No 3
DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROFESIONISTAS	47	51
AMAS DE CASA	25	27
TÉCNICAS	17	18
OBRERAS	4	4
TOTAL	93	100

GRAFICA No 3



Fuente: cédula de recolección de datos

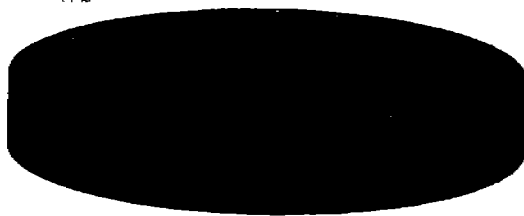
TABLA No 4
ATENCIÓN PRENATAL

ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADECUADA	77	83
INADECUADA	16	17
TOTAL	93	100

GRÁFICA No 4

ATENCIÓN PRENATAL

INADECUADA
17%



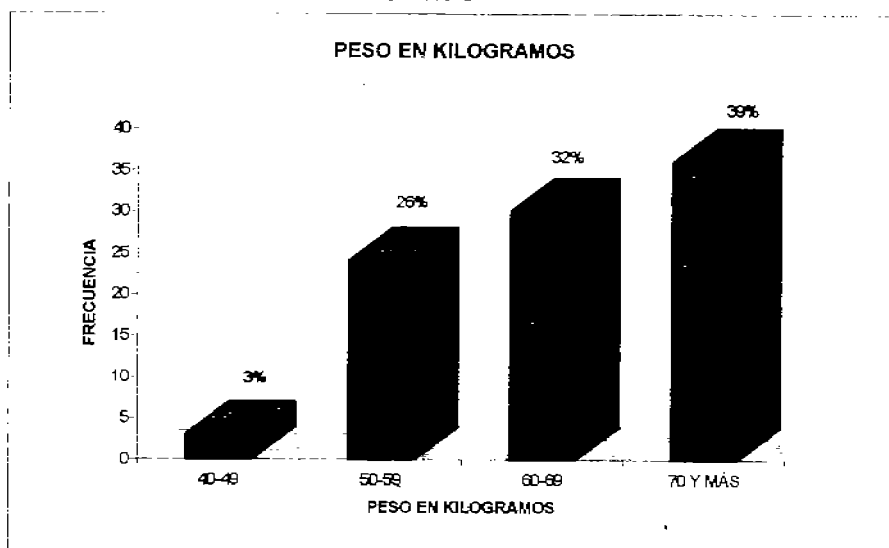
ADECUADA
83%

Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No 5
PESO EN KILOGRAMOS

PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
40-49	3	3
50-59	24	26
60-69	30	32
70 Y MÁS	36	39
TOTAL	93	100%

GRÁFICA No 5

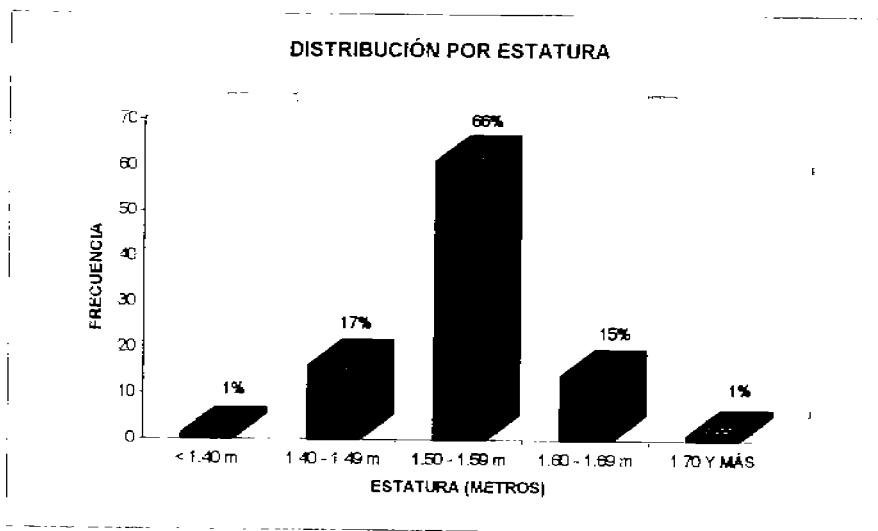


Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No. 6
DISTRIBUCIÓN POR ESTATURA

TALLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 1.40 m	1	1
1.40 - 1.49 m	16	17
1.50 - 1.59 m	61	66
1.60 - 1.69 m	14	15
1.70 Y MÁS	1	1
TOTAL	93	100

GRÁFICA No 6

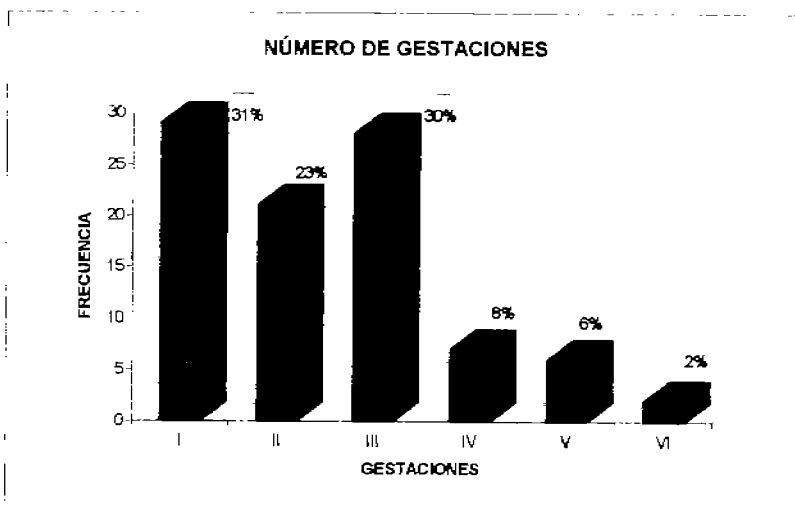


Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No 7
NUMERO DE GESTACIONES

No. GESTACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I	29	31
II	21	23
III	28	30
IV	7	8
V	6	6
VI	2	2
TOTAL	93	100%

GRAFICA No 7

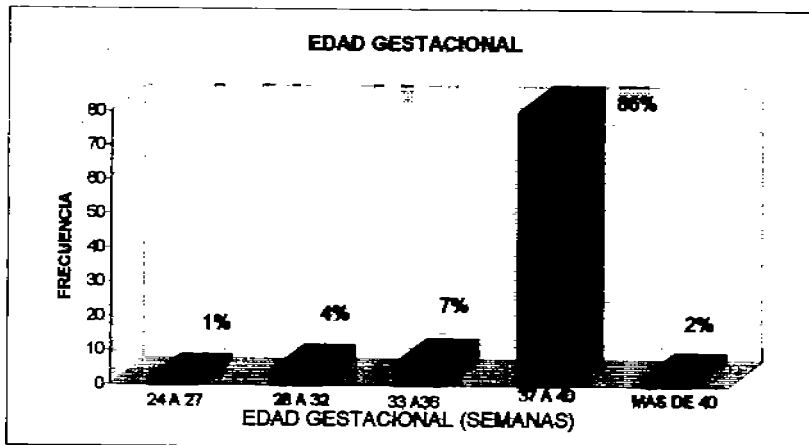


Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No 8
 EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
24 A 27 SEMANAS	1	1
28 A 32 SEMANAS	4	4
33 A 36 SEMANAS	6	7
37 A 40 SEMANAS	80	86
MÁS DE 40 SEMANAS	2	2
TOTAL	93	100%

GRAFICA No 8

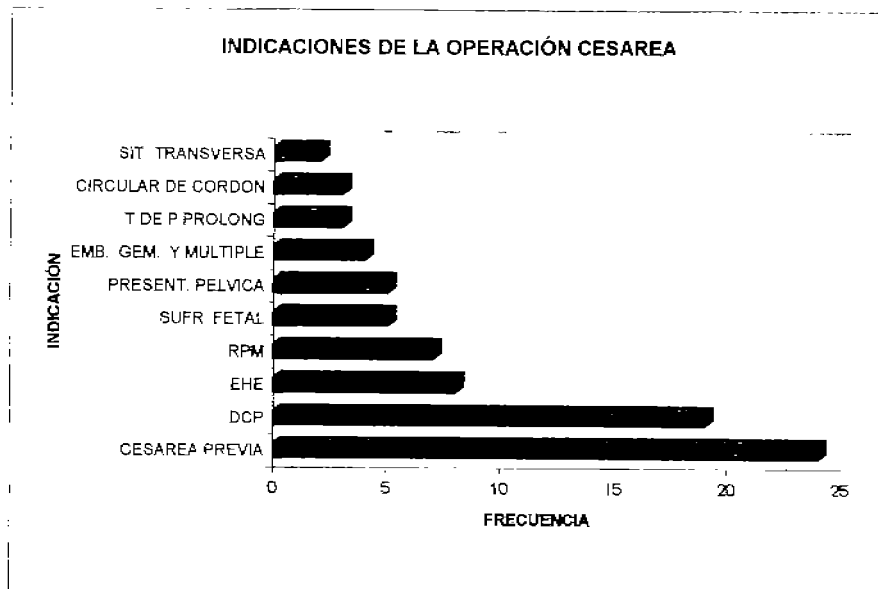


Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No. 9
INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESAREA

No.	INDICACION	CASOS	PORCENTAJE
1	CESAREA PREVIA	24	26
2	DCP	19	20
3	EHE	8	9
4	RPM	7	7
5	SUFR. FETAL	5	5
6	PRESENT. PELVICA	5	5
7	EMB. GEM. Y MULTIPLE	4	4
8	T DE P PROLONG	3	3
9	CIRCULAR DE CORDON	3	3
10	SIT. TRANSVERSA	2	2

GRAFICA No. 9

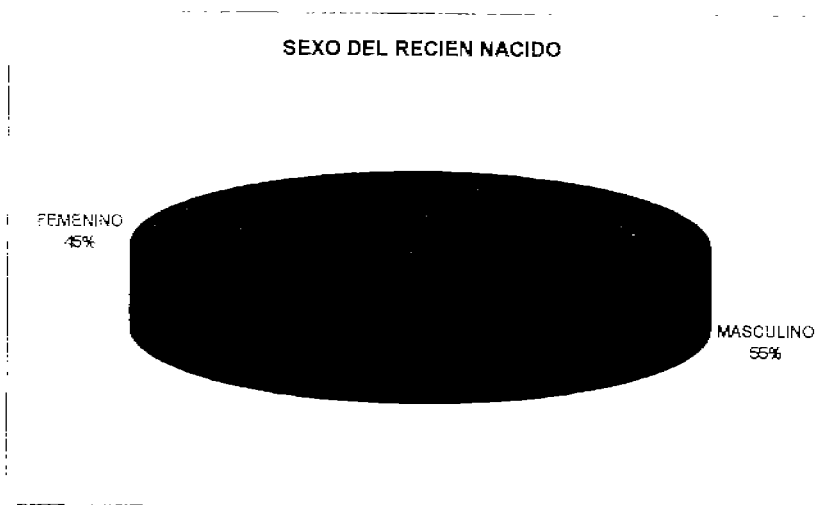


Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No 10
SEXO DEL RECIEN NACIDO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	54	55
FEMENINO	44	45
TOTAL	98	100%

GRAFICA No 10

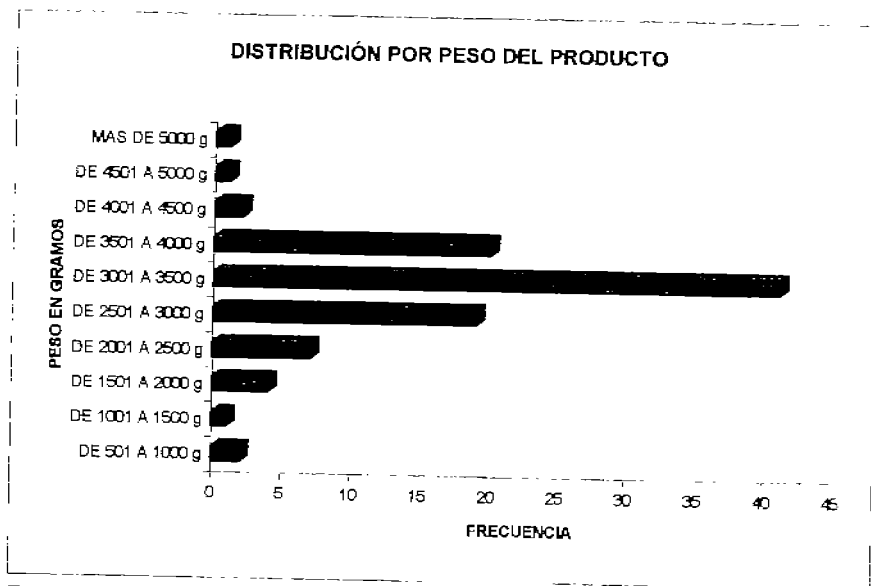


Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No. 11
DISTRIBUCION POR PESO DEL PRODUCTO

PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE 501 A 1000 g	2	2
DE 1001 A 1500 g	1	1
DE 1501 A 2000 g	4	4
DE 2001 A 2500 g	7	7
DE 2501 A 3000 g	19	19
DE 3001 A 3500 g	41	42
DE 3501 A 4000 g	20	21
DE 4001 A 4500 g	2	2
DE 4501 A 5000 g	1	1
MAS DE 5000 g	1	1
TOTAL	98	100%

GRAFICA No 11

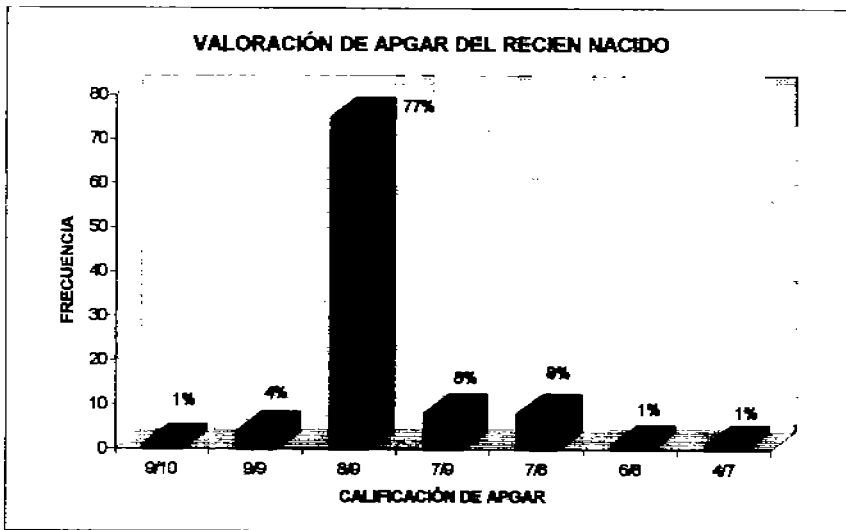


Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No. 12
VALORACION DE APGAR DEL RECIEN NACIDO

9/10	1	1
9/9	4	4
8/9	75	77
7/9	8	8
7/8	8	8
6/8	1	1
4/7	1	1
TOTAL	98	100%

GRAFICA No. 12

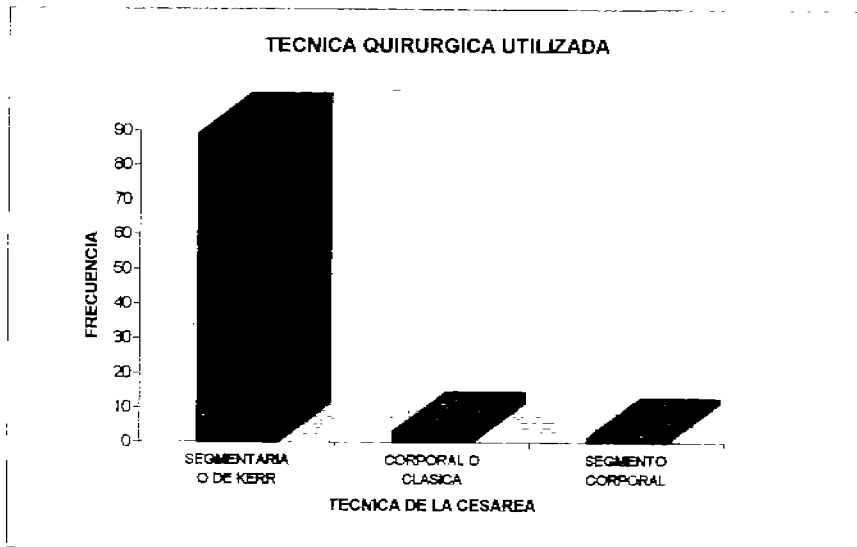


Fuente: Cédula de recolección de datos.

TABLA No. 13
TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA

TECNICA DE LA CESAREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEGMENTARIA O DE KERR	89	96
CORPORAL O CLASICA	3	3
SEGMENTO CORPORAL	1	1
TOTAL	93	100%

GRAFICA No 13

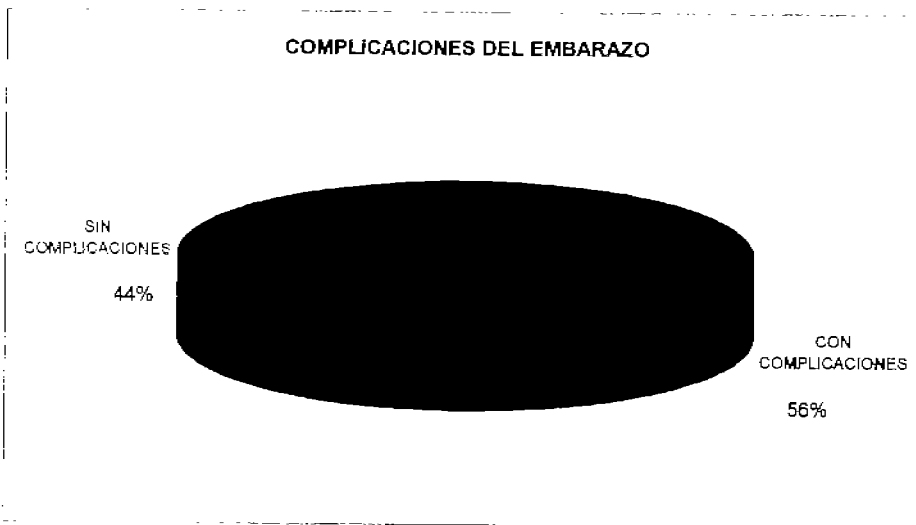


Fuente Cédula de recolección de datos

TABLA No. 14
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENF. HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	22	24
AMENAZA DE ABORTO	16	17
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	12	13
PRURIGO DEL EMBARAZO	2	2
SUBTOTAL:	52	56
SIN COMPLICACIONES	41	44
TOTAL:	93	100%

GRAFICA No 14

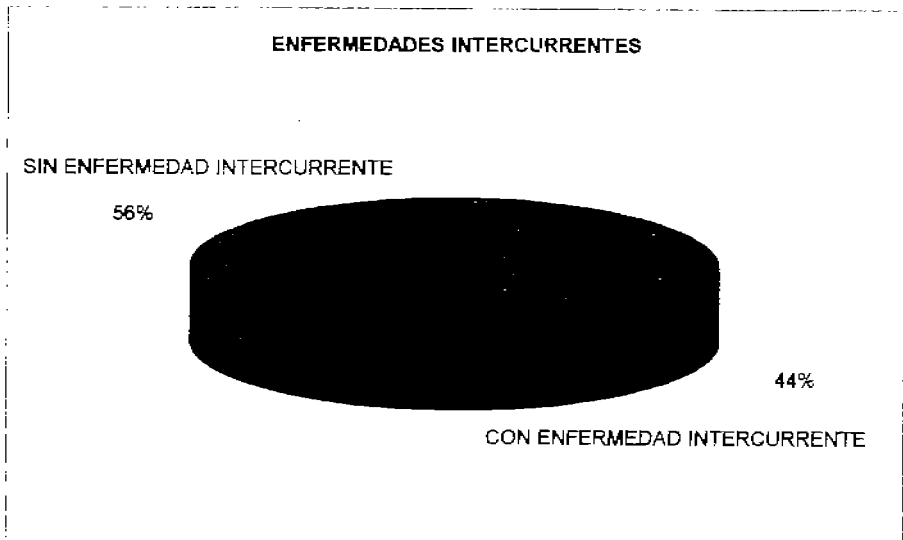


Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No. 15
ENFERMEDADES INTERCURRENTES

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFECCION DE VIAS URINARIAS	14	15
INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS		
ALTAS Y BAJAS	11	12
OBESIDAD	4	5
HIPERTENSION ARTERIAL NO		
ASOCIADA AL EMBARAZO	3	3
HEMORROIDES EXTERNAS	2	2
ARTRITIS NO ESPECIFICADA	2	2
RINITIS ALERGICA	1	1
VARICELA	1	1
SEPTICEMIA E INSUFICIENCIA		
CARDIORESPIRATORIA	1	1
BARTOLINITIS	1	1
ANEMIA	1	1
SUBTOTAL:	41	44
SIN ENFERMEDAD INTERCORRENTE	52	56
TOTAL:	93	100%

GRAFICA No 15

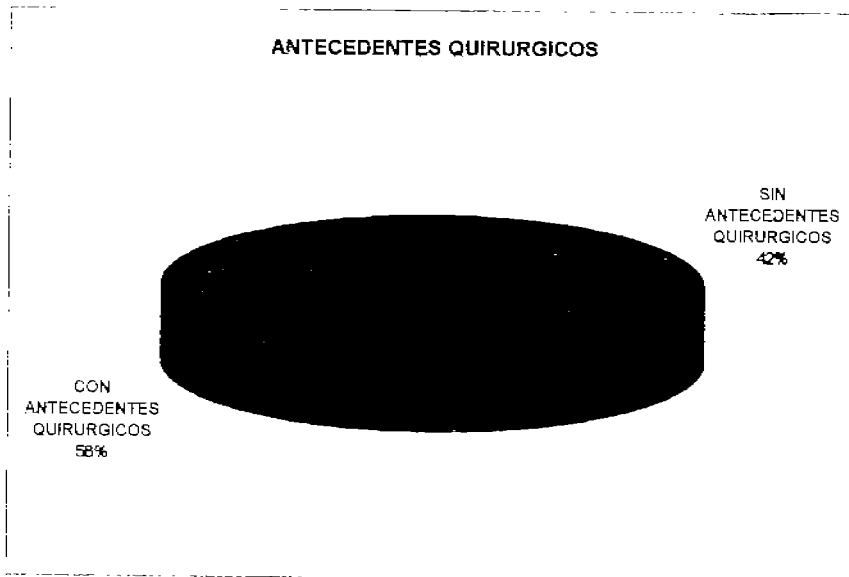


Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No. 16
ANTECEDENTES QUIRURGICOS

SITUACION	CASOS	PORCENTAJE
SIN ANTECEDENTES QUIRURGICOS	39	42
CON ANTECEDENTES QUIRURGICOS	54	58
TOTAL	93	100%

GRAFICA No. 16

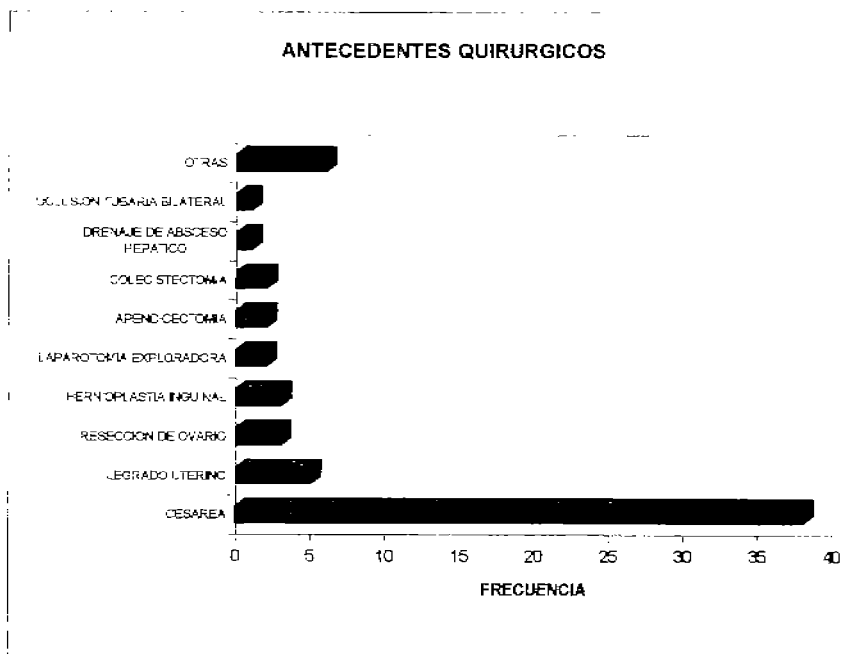


Fuente: Cédula de recolección de datos

TABLA No 17
ANTECEDENTES QUIRURGICOS

NOMBRE DE LA OPERACION	FRECUENCIA
CESAREA	38
LEGRADO UTERINO	5
RESECCION DE OVARIO	3
HERNIOPLASTIA INGUINAL	3
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	2
APENDICECTOMIA	2
COLECISTECTOMIA	2
DRENAJE DE ABSCESO HEPATICO	1
OCLUSION TUBARIA BILATERAL	1
OTRAS	6

GRAFICA No 17



Fuente: Cédula de recolección de datos

**9.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS
ENCONTRADOS**

En nuestro estudio encontramos que el índice de cesáreas, 30% en relación a los partos eutócicos. 70%, fue similar al encontrado por Batres M. y cols. en 1993 en el Hospital de la Mujer de la S.S.A., ellos reportaron 34% de cesáreas y 66% de partos eutócicos (14). también semejante al reportado por Nava y cols. en el Hospital del I.M.S.S. de Ensenada, Baja California, ellos encontraron 32.9% (15) y al reportado por Pineda y cols. en el Hospital 20 de noviembre del ISSSTE en el quinquenio 1984-1988, que fue de 31.8% (16).

En cuanto a la edad a la que con más frecuencia se practicó la operación cesárea, se encontró de 25 a 34 años con 62 casos (67%), que difiere a lo reportado por Batres M. y cols. en 1993 en el Hospital de la Mujer, ellos encontraron que en este grupo de edad, la operación cesárea se practicó en el 30.7% de los casos (14). lo que representa casi la mitad de lo obtenido en nuestros casos, tal vez debido a que nuestras pacientes son profesionistas y contraen matrimonio o eligen pareja a mayor edad que la población que maneja el Hospital de la Mujer en la ciudad de México. En el grupo de 21 a 25 años ellos reportaron 34.6% (14) en tanto que en ese grupo nosotros encontramos 18%, que también es diferente, así como en el grupo de menores de 20 años en el que nosotros solo encontramos el 6%. ellos reportaron 27.8% (14).

De 93 pacientes se encontró que 36 (39%) tuvieron peso igual o mayor a 70 kg: en este grupo la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo se presentó en 11 pacientes (12%) similar al reportado como hallazgo por Perlow J.H. y cols., 13.9% en dos hospitales para mujeres de Long Beach y Orange, California en 1993, en un estudio comparativo de morbilidad operatoria por obesidad extrema (17). En este mismo grupo, la mitad, 18 casos pesaron mas de 80 kg (19.5%), por lo que consideramos que tuvimos un alto índice de obesidad, si tomamos en cuenta que la estatura promedio fue de 1.53 m, aunque no tuvimos datos del peso previo al embarazo.

Por el tipo de nuestra población derechohabiente, encontramos que a las profesionistas se les realizó la operación cesárea con más frecuencia (51%) y tal vez por lo mismo en el 83% de nuestros casos, 77 pacientes tuvieron atención prenatal adecuada, lo que también es diferente a lo encontrado en el Hospital de la Mujer en

1993, ellos solo encontraron que el 12% de sus casos tuvieron atención prenatal (14) en tanto que en solo el 17% de nuestros casos la consideramos inadecuada.

De las 93 pacientes estudiadas, 29 eran primigestas y las causas mas frecuentes de indicación de operación cesárea en ellas fueron la desproporción cefalopélvica (DCP) y el trabajo de parto prolongado que incluiríamos en el grupo de las distocias.

En las 62 pacientes que cursaban la segunda, la tercera, cuarta y quinta gestación, la cesárea previa fue la causa mas frecuente, 26% con 24 casos; esta indicación se ha incrementado en los últimos años debido al aumento en el número de pacientes con antecedentes de cesárea, disponibilidad de recursos técnicos más eficaces para detectar complicaciones durante el embarazo, el trabajo de parto y a que se han abandonado prácticas obstétricas tradicionales como la aplicación de fórceps. como lo señalan Pineda y cols. (16), estos mismos autores encontraron un resultado similar en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE en el quinquenio 1984-1988, 27.9%, y al encontrado por Batres M. y cols. en el Hospital de la Mujer en 1993, 27.4%, (14), pero diferente al reportado por Notzon y cols. en Suecia donde hubo disminución de la tasa de operación cesárea por esta indicación de 1985 a 1990 (18) y al encontrado por Walss y cols. en 1988 en el C.M.N. del IMSS en Torreón, Coah, 10.8% (19). Aunque 38 pacientes tenían antecedentes de cesárea previa, sólo en 24 fue la indicación principal.

En 19 pacientes de nuestros casos, la indicación de operación cesárea fue por desproporción cefalopélvica (20%), en tanto que en el Hospital de la Mujer en 1993, reportaron 22.3% (14), Araujo y Nava encontraron 21.6%, en 1992 en el H.G.O.C.M.R. del IMSS (20) y Pineda y cols. encontraron el 28.5% formando parte de las distocias (16).

En tercer lugar encontramos a la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo con 8 casos, (9%) que contrasta con lo obtenido por Araujo y Nava en 1992 en el Hospital de G.O. del Centro Médico La Raza del IMSS, ellas encontraron esta indicación ocupando el primer lugar de sus casos con 36% (20), tal vez porque este es un hospital de concentración de derechohabientes del IMSS y nuestro hospital maneja menos población.

En cuarto lugar encontramos la ruptura prematura de membranas con 7 casos (7%), en tanto que Araujo y Nava la encontraron en tercer lugar con 21.6% (20).

En quinto lugar encontramos la indicación por sufrimiento fetal con 5 casos. (5%), que representa la mitad de lo reportado por Pineda y cols. en el quinquenio 1984-1988. 10.3% (16) y que en su reporte ha sufrido disminución respecto a los quinquenios intermedios. 11.1%, por los avances tecnológicos introducidos en los últimos años (16); en 1992 Araujo y Nava encontraron 8.6% por esta misma indicación en el Hospital de G.O. del Centro Médico La Raza del IMSS (20) y Batres M. y cols.. encontraron 17.2% en el Hospital de la Mujer en 1993 (14).

También con 5 casos. (5%), encontramos la indicación por presentación pélvica, en tanto que en el Hospital de la Mujer en 1993 encontraron 9.7% (14) por la misma indicación; cifra semejante reportan Pineda y cols. en el último quinquenio revisado por ellos (16), encontraron que aunque el porcentaje ha variado un poco en relación al total de las cesáreas que se realizan, el número de pacientes que se someten a operación cesárea por esta indicación es mayor actualmente por el cambio radical en el criterio para esta clase de indicación por tratar de salvaguardar la vida de la madre y el producto (16).

En séptimo lugar encontramos el embarazo gemelar y múltiple con 4 casos, (4%), semejante al reportado por Uribarren y cols. en 1993 en el Hospital Miguel Trejo Ochoa del ISSSTE en Colima, Col., 4.6% (6) y diferente al encontrado en 1992 en el Hospital de G.O. del Centro Médico La Raza por Araujo y Nava, ellas encontraron 1.9% (20).

En octavo lugar encontramos el trabajo de parto prolongado con 3 casos (3%); Uribarren y cols. reportaron 6.7% por alteraciones de la dinámica uterina (6) y Batres M. y cols. 11.2% por el mismo motivo (14). En noveno lugar encontramos 3 casos por circular de cordón y en décimo lugar 2 casos por situación transversa.

De las 93 cesáreas efectuadas, se obtuvieron 98 productos, todos vivos, 54 del sexo masculino (55%) y 44 del sexo femenino (45%), cifras semejantes encontraron Panduro y cols. en el nuevo Hospital Civil de Guadalajara en 1991, el 54% de los

neonatos fueron del sexo masculino, aunque ellos si tuvieron 21 productos con malformaciones y 28 muertes perinatales (21); nosotros no encontramos estas complicaciones probablemente por el tipo de población que es diferente a la que habita en la ciudad de Guadalajara, en esa ciudad buena parte de la población se dedica a laborar en las industrias que ahí existen y por lo mismo existe contaminación ambiental; en cambio nuestra población femenina, se dedica a labores docentes o trabaja en oficinas de dependencias gubernamentales; en la ciudad de Tapachula podemos considerar que todavía el aire no tiene demasiados gases contaminantes.

De estos 98 productos, la mayoría, 80, (82%) pesaron de 2,501 g a 4,000 g, 14 pesaron menos de 2,500 g y sólo 4 tuvieron peso mayor a 4,000 g. En cuanto a la calificación de Apgar obtenida por estos productos, tuvieron calificación aceptable la mayoría, 97, que varió de 6-8 a 9-10, solo en un caso la calificación fue baja, de 4-7, estos resultados contrastan con lo reportado por Panduro B. J. G. y cols; ellos encontraron en 28 casos Apgar bajo y 28 muertes perinatales (21).

La técnica quirúrgica más utilizada fue la cesárea segmentaria o de Kerr en 89 pacientes (96%) que es la técnica que se utiliza con mas frecuencia (1); Walss y cols. reportan 100% en su estudio de profilaxis con antibióticos en el C.M.N. del IMSS en Torreón, Coah.; el tipo de incisión abdominal mas empleado por ellos fue la de tipo medio infraumbilical en el 94.6% de sus casos y la Pfannenstiel en el 5.8% (19), este parámetro no fue revisado por nosotros.

Entre las complicaciones del embarazo mas frecuentes. la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo se presentó en 22 casos, que corresponde al 24% de todos los casos; Araujo y Nava, del Hospital de Gineco-obstetricia del Centro Médico La Raza encontraron el 36% de casos con esta complicación, en 1992 (20). El porcentaje obtenido por ellas fue mayor tal vez porque en el Centro Médico La Raza, el hospital de gineco-obstetricia, es un hospital de tercer nivel del IMSS.

De los 22 casos, el 50% correspondió a preeclampsia leve. que contrasta con lo reportado por Araujo y Nava en 1992, en su revisión. ellas encontraron solo el 3.8% por este grado de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (20). Con

preeclampsia moderada encontramos el 4% en tanto que ellas reportaron el 6.1% (20); con preeclampsia severa encontramos el 32% de los casos: Araujo y Nava reportaron el 79.5% de todos sus casos por este grado de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (20). Nosotros encontramos además 3 casos. 14%, de eclampsia.

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo la encontramos en 2 casos asociada con un embarazo gemelar y otro múltiple, que coincide con lo encontrado por Araujo y Nava en 1992 en el Hospital de G. O. del Centro Médico La Raza del IMSS y a lo reportado en la literatura en años anteriores (1, 20).

En nuestros casos de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo no encontramos ninguna paciente con diabetes mellitus: en 1992 Araujo y Nava encontraron 2 pacientes diabéticas en las 360 operaciones cesáreas revisadas (20).

Uno de nuestros casos de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo se presentó en una paciente con septicemia e insuficiencia cardiorespiratoria; otro caso de la misma complicación se presentó en una primigesta de 40 años, lo que coincide a lo reportado en la literatura (1), ya que los factores predisponentes a la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo son: 1) nuliparidad; 2) historia familiar de eclampsia o preeclampsia; 3) fetos múltiples; 4) diabetes; 5) hipertensión crónica; 6) mola hidatiforme, y, 7) hidropesía fetal (1, 22).

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo parece ser la primera causa de muerte materna aun en países como Holanda y según la Organización Mundial de la Salud es la primera causa de mortalidad y morbilidad perinatales (23). Complica del 6 al 8% de los embarazos mayores de 24 semanas (22, 23).

Avances recientes en los conocimientos de la patogenia de la preeclampsia han señalado la importante participación de los eicosanoides sobre todo prostaglandina PGI_2 y tromboxano A_2 como factores de vasoespasmo y trombocitopenia, lo que ha llevado a uso del ácido acetil salicílico a dosis bajas para la prevención de la preeclampsia, porque inhibe la síntesis de tromboxano A_2 , tratamiento que debe iniciarse antes de que se presenten los signos de hipertensión y proteinuria (22, 23).

La amenaza de aborto se presentó en 16 de los casos que corresponde al 17%; esta complicación es en extremo común, pues una de cada 5 mujeres tienen sangrado poco o importante en los primeros meses de gestación. De las mujeres que presentan sangrado al principio del embarazo abortan realmente la mitad o menos (1).

Otra complicación del embarazo fue la amenaza de parto prematuro en 12 casos, 13%; de las pacientes que presentaron esta complicación se obtuvieron 6 productos pretérmino, de 29, 30, 31 y 3 productos de 36 semanas de gestación; 4 productos pesaron menos de 2,000 g; en este grupo que cursó con amenaza de parto prematuro, 7 pacientes presentaron infecciones virales o bacterianas asociadas, que coincide con lo revisado; una enfermedad sistémica en la madre, cuando es grave, puede producir un parto pretérmino (1). Solo 2 casos cursaron con prurigo del embarazo. El prurito durante el embarazo es un signo dermatológico frecuente, ocurre en 3 a 14% de ellos, hay trastornos cutáneos que son exclusivos del embarazo como las estrías y el melasma, son tan frecuentes que se consideran fisiológicos, a menos que sean excesivos. Otros cambios son una respuesta exagerada a la adaptación fisiológica gestacional, como el prurito producido por colestasis intrahepática. En ausencia de lesión cutánea primaria deben descartarse enfermedades sistémicas como hepatopatías, disfunción tiroidea, diabetes, exantema medicamentoso, parasitos y cáncer. El prurito gestacional aparece por lo general durante el tercer trimestre y desaparece uno o dos meses después del parto; constituye una variante de la dermatitis papular gestacional. El tratamiento es a base de emolientes cutáneos, antipruriginosos tópicos y sedación leve (24).

De las 93 pacientes a las que se efectuó operación cesárea, 14 cursaron con infección de vías urinarias durante el embarazo. Se ha demostrado que la prevalencia global de bacteriuria en el embarazo oscila entre el 4 y el 7% (25). Del 20 al 40% de las mujeres con bacteriuria detectada en etapas iniciales de la gestación presentan pielonefritis aguda en etapas más avanzadas del embarazo (25); esto se puede prevenir en el 90% de los casos tratando la bacteriuria asintomática de las etapas iniciales de la gestación. Se deben usar antimicrobianos por el periodo más corto posible y eligiendo los menos tóxicos para la madre y el feto. Después de iniciado el tratamiento se deben

hacer urocultivos de control que se deben repetir periódicamente durante todo el embarazo y a las seis semanas postparto (25).

En las infecciones no complicadas y no asociadas a procesos obstructivos, los géneros más comúnmente hallados son las enterobacterias; la *Escherichia Coli* se encuentra en el 80 a 90% de los casos, seguida de *Klebsiella*, *Proteus* y *Enterobacter* (1, 25).

Once pacientes presentaron infecciones de vías respiratorias altas y bajas. Las embarazadas son más propensas a contraer infecciones respiratorias altas que las no embarazadas. Los casos de neumonía que se presentan durante un embarazo suelen ir precedidos por un resfriado común. Es importante el diagnóstico oportuno de las neumonías para que se les proporcione tratamiento intrahospitalario, en caso necesario, si la pO_2 arterial es baja, se debe dar oxigenoterapia, ya que el feto tolera poco la hipoxia (1).

En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, 38 pacientes (41%) tuvieron antecedentes de operación cesárea. Tuvimos un caso con antecedentes de oclusión tubaria bilateral; al revisar el expediente se encontró que el embarazo fue previo a la cirugía y no se detectó hasta después.

10.- CONCLUSIONES

La operación cesárea se encontró con una frecuencia de 30% en la Clínica Hospital Dr. Roberto Nettel Flores del ISSSTE en la ciudad de Tapachula, Chiapas.

Las diez primeras indicaciones de operación cesárea fueron en orden de frecuencia:

- 1) Cesárea previa
- 2) Desproporción cefalopélvica
- 3) Hipertensión inducida por el embarazo
- 4) Ruptura prematura de membranas
- 5) Sufrimiento fetal
- 6) Presentación pélvica
- 7) Embarazo gemelar y múltiple
- 8) Trabajo de parto prolongado
- 9) Circular de cordón
- 10) Situación transversa

El 83% de las pacientes a las que se practicó operación cesárea tuvieron control prenatal adecuado.

El grupo de edad en el que mas frecuentemente se realizó la operación cesárea fue de 25 a 34 años, en el 67% de los casos.

11.- SUGERENCIAS

Por los datos encontrados, sugerimos:

Que el servicio de Gineco-obstetricia haga revisiones periódicas de las causas que motivan la operación cesárea, para abatir la incidencia por causas tales como la cesárea previa e hipertensión inducida por el embarazo y así elevar la calidad de la atención materno-infantil.

También sugerimos que en el servicio de medicina preventiva se cuente con personal de enfermería para la toma de tensión arterial a solicitud de todo el público, en especial de las mujeres embarazadas, o bien capacitar personal específico de enfermería que participe en la vigilancia prenatal, implementando programas en coordinación con el departamento de Nutrición, de información nutricional y de lactancia materna, haciendo también pruebas de detección de otras enfermedades como diabetes mellitus y cáncer cérvico uterino.

Que se debe tratar de aumentar el porcentaje de pacientes que reciban control prenatal adecuado; que este se inicie en cuanto se diagnostique el embarazo, e implementar mecanismos para la detección temprana de las complicaciones más frecuentes del embarazo, valorando oportunamente el riesgo obstétrico. El compromiso de los médicos familiares deberá ser otorgar atención prenatal con calidad y eficiencia.

Que en el programa extramuros de la institución se incluyan pláticas a grupos de mujeres adolescentes sobre temas de educación sexual, salud reproductiva y planificación familiar.

COMENTARIO FINAL.- Este trabajo fue motivado al observar la incidencia de cesáreas durante la práctica de la residencia en el servicio de Gineco-obstetricia, creemos que se cumplieron los objetivos para los que fue diseñado, aunque nos hubiera gustado alargar el período de observación, quizá un año hubiera sido más demostrativo, tal vez con los mismos resultados. En este estudio solo tomamos en consideración a las pacientes embarazadas a las que se hizo operación cesárea, la cédula de recolección de datos no se aplicó a las que presentaron parto eutócico y quizá algunos consideren esto un error de nuestra parte; pero la frecuencia e indicaciones de la operación cesárea fue el único problema que planteamos.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Pritchard JA, Mac Donald PC, Gant NF: Williams Obstetricia. Salvat Editores. S.A. 3ª. Edición. 1986; 841-852-512. 527, 458. 729, 580
- 2.- Racinet CL et Bouzid F. Césariennes. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, París France) Techniques chirurgicales-Urologie-Gynécologie 41900, 21 p
- 3.- Ruiz Velasco V. La operación cesárea. La Prensa Médica mexicana. 1971;1-29
- 4.- Karlman RL y Madanes AE. Cirugía durante el embarazo en. Medicina Clínica en Obstetricia. Editorial Médica Panamericana. 1ª. Edición 1989; 1276-1277
- 5.- Benson Pemoll. Operación cesárea En: Manual de Ginecología y Obstetricia. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. 9ª. Edición. 1994; 468-478
- 6.- Uribarren BO y cols. Cesárea: su frecuencia e indicaciones Ginec Obst Mex 1993; 61:168-170
- 7.- Franco SM, Nájera GM, Cabrera MT, Ahuej AJ. Análisis de la operación cesárea. Ginec Obst Mex 1992; 60:42-3
- 8.- Baker ER, D'alton ME. Nacimiento por cesárea y cesárea hysterectomía en: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 1994; 4.745-752
- 9.- González PAI, Cruz GRA, Covarrubias AI.-Análisis de 1,100 cesáreas. Ginec Obst Mex 1992; 60:42
- 10.- Guzmán S, A y cols. ¿Qué hacer para reducir el número de cesáreas? Ginec Obst Mex 1997; 65:273
- 11.- Norma Oficial Mexicana de Emergencia. NOM-EM-002-SSA2 1993. Atención de la mujer durante el embarazo, el parto y puerperio y del recién nacido. Diario Oficial 23 de octubre 1993
- 12.- Berman R, Vaughan III V, Nelson W. El feto y el recién nacido En: Tratado de Pediatría. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 13ª. Edición. 1989; 381
- 13.- Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos:Boletín de la OPS 1990(5 y 6):626-637
- 14.- Batres M LE, Hilton CJM, Díaz ZP. Operación cesárea. Estudio comparativo frecuencia e indicaciones. Rev. Med. Hosp. Muj. 1995; 5:51-5
- 15.- Nava MD, Monzón GE, Galicia FJ, Elizondo MJ. La cesárea en un hospital general. Estudio de 1,111 cesáreas. Ginec Obst Mex 1992; 60:46
- 16.- Pineda GE y cols. Operación cesárea: 25 años de su evolución en el Hospital Regional 20 de Noviembre, ISSSTE. Ginec Obst Mex 1990; 58:59-64

- 17.- Perlow JH, Mark A. Massive maternal obesity and perioperative cesarean morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:560-9
- 18.- Notzon FC, Chattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens L and Kjersti DA. Cesarean section delivery in the 1980's. International comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:495-504
- 19.- Walss RR y cols. Antibioticoterapia profiláctica en operación cesárea. *Ginec Obst Mex* 1990; 58:78-82
- 20.- Araujo RA y Nava L MG. Incidencia de cesárea en 1992 en: *Ginecología, Obstetricia y Perinatología*. IMSS;364-365
- 21.- Panduro B JG, González MJ, Cervantes OJ, González RG, Kleeman RA. Cesárea en el nuevo hospital civil de Guadalajara. *Ginec Obst Mex* 1992; 60:46
- 22.- O'Brien WF. Pronóstico de la preeclampsia en: *Clínicas obstétricas y ginecológicas* Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 1990; 4:341-350
- 23.- Zeeman GG, Dekker GA. Patogenia de la preeclampsia: Una hipótesis en: *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 1992; 2:311-324
- 24.- Dacus JV. Prurito durante el embarazo en: *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 1990; 4:715-721
- 25.- Lucas MD y Cunningham FG. Infección de vías urinarias durante el embarazo en: *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 1993; 807-816

13.- ANEXOS

ANEXO No. 1

VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPOVENTILACION	BUENO, LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVO BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

ANEXO No. 2

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:			
EXPEDIENTE No.:			
EDAD:			
OCUPACION:			
PESO:			
TALLA:			
A.G.O. MENARCA:		_____ AÑOS.	RITMO MENSTRUAL: _____
I.V.S.A.:		_____ AÑOS.	GESTA: PARTOS: _____
ABORTOS:		_____	CESAREAS: _____ FUM: _____
ATENCION PRENATAL:		ADECUADA: _____	INADECUADA: _____
NUMERO DE GESTACION: _____			
EDAD GESTACIONAL:			
INDICACION O CAUSA DE LA OPERACION CESAREA			
TIPO DE CESAREA:			
PRODUCTO:	SEXO:	PESO:	APGAR:
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:			
ENFERMEDADES INTERCURRENTES:			
CIRUGIAS PREVIAS:		SI: _____	NO: _____
NOMBRE DE LA CIRUGIA:			