

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNAM NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

CESÁREA

Para obtener el grado de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIOSDADO SILVA MARTHA HILDA

Morelia, Michoacán



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.

OPERACIÓN CESÁREA

INDICE

CAPÍTULO I

CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO..... i

Antecedentes del problema

Marco Histórico II

Planteamiento del problema.....VI

Fuente del problemaVI

Pregunta de InvestigaciónVI

Delimitación del problemaVII

OBJETIVOS

Objetivo GeneralVII

Objetivo EspecíficosVII

Justificación del problemaVII

HipótesisVIII

VARIABLES

Variable IndependienteVIII

Variable DependienteVIII

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO..... 1

Infección Vaginal 2

Candidiasis..... 3

Vaginitis.....	9
Vaginosis.....	10
Tricomoniasis	11
Gonorrea	14
Ruptura Prematura de Membranas	15
Causas Infecciosas	18
Diagnóstico.....	21
Ruptura prematura de membranas del segundo trimestre	25
Operación cesárea	27
Indicaciones	28
Complicaciones	37
Tipos de operación cesárea	39
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....	45
Metodología.....	46
Tipo de estudio.....	46
Sujetos a estudiar.....	47
Universo	47
Muestra	48
Confiabilidad y validez.....	51
Técnicas utilizadas	51
CAPÍTULO IV DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	52
Resultados de encuestas	
Instrumento principal	53

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	63
Conclusiones.....	64
Sugerencias	66
ANEXOS O APENDICES	67
BIBLIOGRAFÍAS	70

INTRODUCCIÓN

En la siguiente investigación que a continuación se presentara acerca del tema de la operación cesárea o parto abdominal como fue que surgió desde que tiempo se comenzó a utilizar y que beneficios le trae tanto a la madre como al bebé y sus complicaciones cuando esta es realizada y si realmente se utiliza adecuadamente a las mujeres que se les práctica. La Hipótesis que se encuentra en esta investigación “Cuando la mujer presenta infecciones vaginales durante su embarazo y estas son consecuencia de una ruptura prematura de membranas, no es obligatorio recurrir a una Cesárea para terminar el embarazo ya que existen otras técnicas que se pueda utilizar para ello como es el parto vaginal también encontramos las variables los objetivos y justificación del problema y su delimitación.

También se encontrara las causas principales que es ocasionando a la mujer embarazada que es sometida este procedimiento también encontramos Distocias de presentación, Desproporción cefalopélvica, Desprendimiento de Placenta Previa Normoinsera, Placenta previa brevemente se explica el porqué se utiliza esta técnica y el sufrimiento Fetal.

Y Donde se habla acerca de infecciones vaginales que se le presentan a la mujer embarazada durante su embarazo y que le ocasiona también la Ruptura Prematura de Membranas y que también encontramos una serie de complicaciones.

Ya como resultado en las encuestas que se realizaron a las mujeres embarazadas se da a conocer que a diario aumenta el porcentaje de mujeres que se les realiza la cesárea unas por decisión propia, por un mal control prenatal y por ahorrar tiempo los Médicos de las instituciones Hospitalarias en algunas ocasiones también se da porque no son valoradas correctamente y esto trae como consecuencia un mal diagnostico

PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA

Durante la práctica clínica dentro del Hospital se observa que la mayoría de las mujeres embarazadas primigestas o multigestas de diferentes edades o condición, socioeconómica, que ingresaban al servicio de urgencias presentando una ruptura prematura de membranas al término de su embarazo y siendo atendidas por el equipo de salud, la gran mayoría se les practica el procedimiento de la cesárea, lo que ocasiona un aumento de morbi-mortalidad materno fetal. Poniendo en peligro su vida las mujeres y la de su posterior hijo, no cabe duda que en ocasiones si se amerite esta técnica.

La cesárea es una operación practicada con mucha frecuencia en la actualidad, sin embargo, mediante una buena valoración obstétrica muchas de estas operaciones se pudieran evitar llevando un buen control prenatal.

Se propone hablar sobre la Cesárea en general, para seleccionar ciertos casos donde si se necesite llevarse a cabo. Lo cual dentro de esta investigación será nuestro objeto de estudio.

Por eso surgió la inquietud para tratar de mejorar la situación a favor de la mujer.

FUENTE DEL PROBLEMA O SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Durante la práctica clínica en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en la ciudad de Morelia, Michoacán en el servicio de obstetricia General y urgencias las mujeres que se presentaban con ruptura y con que técnica terminaban el parto.

Por todo lo anterior nos podemos cuestionar

¿Son las infecciones vaginales como causa de Ruptura Prematura de Membranas un factor que determina que el embarazo sea terminado con el recurso de 1Cesárea?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Las mujeres embarazadas de 20 a 24 años de edad multigestas del Hospital de Nuestra Señora de la Salud en la ciudad de Morelia Michoacán que hayan presentado Ruptura Prematura de Membranas y se les realizó Cesárea.

En el tiempo de Febrero a Mayo en el año del 2009 se recolectaran los resultados de los cuestionarios realizados a las mujeres para tener las estadísticas necesarias

MARCO HISTÓRICO

Cesárea. Antecedentes históricos

No está claro el origen del término cesárea. Se sugieren tres explicaciones.

1.- Según la leyenda¹, Julio César nació de esta manera y, consiguientemente, el procedimiento llegó a conocerse con el nombre de cesárea. No obstante, diversas circunstancias hace poco plausible esta explicación. En primer lugar, la madre de Julio César vivió durante muchos años después de su nacimiento en el año 100 a.C. y, hasta finales del siglo XVII, la intervención era casi invariablemente mortal. En segundo lugar, la intervención, ya fuera afectuada en una mujer viva o en una mujer fallecida, no se menciona en ningún documento médico antes de la Edad Media.

2.- Ha existido la opinión generalizada de que el nombre de la intervención procedía de una ley romana, supuestamente creada por Numa Pompilius (siglo VIII a.C) quien ordenó que el procedimiento se efectuara en las mujeres que fallecieran en las últimas semanas de embarazo con la esperanza de salvar al niño. Esta explicación mantiene que esta ley regia, como se denominó en primer lugar, se convirtió en ley cesárea bajo los emperadores, y que la propia intervención se conoció como intervención cesárea.

3.- La palabra cesárea fue derivada en algún momento de la Edad Media del verbo latino caedere, "cortar". Un análogo evidente es palabra caesura (cesura), corte o pausa en la línea de un verso. Esta explicación del término caesarea parece más lógica, pero no se conoce con exactitud cuándo se aplicó por primera vez la intervención. Puesto que la palabra sección deriva del latino seco, que también significa cortar, el término sección cesárea parece tautológico.

¹Maciel Núñez Eduardo Dr. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA VOL. I edit. Cuellar S.A de C.V Guadalajara Jalisco

Desde el tiempo del Eneas de Virgilio hasta el Macduff de Shakespeare, los poetas se refieren repetidamente a los individuos desgarrados prematuramente de las entrañas de su madre. Además los antiguos historiadores como Plinio afirmaban que Escipión el Africano (el vencedor de Aníbal), Marció y Julio César nacieron por cesárea. Con respecto a Julio César. Plinio añadía que fue debido a esta circunstancia como surgió el sobrenombre por el que se conoció a los emperadores romanos. Se consideraba que nacer de esta manera extraordinaria, según lo descrito en la mitología y leyendas antiguas, confería poderes sobrenaturales y elevaba a los héroes así nacidos por encima de los mortales ordinarios.

Al evaluar estas referencias sobre el parto abdominal en la Antigüedad, cabe señalar que ni Hipócrates, Galeno, Celso, Paulo, Sorano, ni ningún otro escritor médico de estos períodos mencionan tal intervención. Si en realidad se realizaban cesáreas, resulta especialmente sorprendente que Sorano, cuyos extensos trabajos escritos en el siglo II d. C incluyen todos los aspectos de la obstetricia, no se refiera a esta intervención.

En el Talmud, escrito entre los siglos II y VI d.C., aparecen diversas referencias al parto abdominal, pero se desconoce si tenían una base de utilización clínica. Sin embargo, no existe duda alguna de que la cesárea en las mujeres fallecidas se practicó por primera vez poco después de que la iglesia cristiana adquiriera un papel dominante, como medida dirigida al bautismo del niño. No obstante, la fe en la validez de algunos de estos primeros informes se debilita completamente cuando en las referencias se afirma con desenvoltura que entre 8 y 24 horas después de la muerte de la madre se obtenían un niño vivo y robusto.

La cesárea en las mujeres vivas se recomendó por primera vez, y se utilizó el nombre actual de la intervención, en el famoso trabajo de Francois Rousset (1581) titulado *Traite Nouveau de l'Hystérotomotomie ou l'Enfantement Césarien*. Rousset nunca había efectuado o presenciado la intervención; su información se basaba principalmente en cartas de amigos. Documentó 14 cesáreas satisfactorias, un hecho en sí mismo difícil de aceptar. Cuando

adicionalmente se afirma que 6 de las 14 intervenciones que llevaron a cabo a la misma mujer, la credulidad de los más devotos se agota!

Se ha destacado la naturaleza apócrifa de la mayoría de los primeros informes sobre la cesárea, porque muchos de ellos se han aceptado sin objeción. No obstante, las afirmaciones autoritarias por parte de obstetras responsables sobre la utilización inicial de la intervención no aparecieron en la literatura hasta mediados del siglo XVII, como, por ejemplo, en el trabajo clásico del obstetra francés, Francois Mauriceau, publicado por primera vez en (1906) pueden encontrarse detalles de la historia de la cesárea.

La consternadora tasa de mortalidad materna de la cesárea continuó hasta principios del siglo XX. En el Reino Unido y en Irlanda la tasa de la muerte materna debida a la intervención en 1865 ascendía al 85%. En París, durante los 90 años que finalizaban en 1870 no se había efectuado una sola cesárea con éxito. Harris (1879) observaba tan tardíamente como en el año 1889 que la cesárea es más satisfactoria cuando la efectuaba la propia paciente o cuando el abdomen era desgarrado por los cuernos de un toro Harris recogió de la literatura 9 casos de este tipo con 5 recuperaciones y el comparó con 12 cesáreas efectuadas en Nueva York durante el mismo período, con una sola recuperación.

El momento crucial la evolución de la cesárea llegó en 1882, con Max SÄnger, pero entonces un ayudante de 28 años de Créde en la Universidad Onica de Leipzig, introdujo la sutura de la pared uterina.

El prologado abandono de un recurso tan simple como la sutura uterina fue el resultado de una omisión, sino que procedía de la creencia profundamente arraigada de que las suturas en el útero eran superfluas como superficiales, ya que servían como foco infación grave. Al encontrarse con estos inconvenientes, SÄnger, que sólo había utilizado suturas en un caso, documentó su valor no los sofisticados centros médicos de Europa, sino en la America fronteriza. Allí, en puestos limítrofes desde Ohio hasta Louisia se habían documentado 17 cesáreas en las que utilizarón.

Desde la época de las Aneas de Virgilio hasta la del Macduff de Shakespeare, los poetas se han referido repetidamente a personas “inoportunamente extraídas” por rasgadura del útero de su madre. Los historiadores antiguos, como Plinio, además refirieron que Escipión el africano vencedor de Aníbal, así como Marcio y Julio César, nacieron todos por cesárea. En lo que se refiere a Julio César, Plinio.

La evolución que ha ido sufriendo la cesárea hace difícil que pueda ser definida la operación, sin embargo nos parece que una definición de acuerdo con el concepto actual de la cesárea podría ser la siguiente “operación cesárea es una intervención quirúrgica por la cual se extrae el producto de la concepción del interior del útero, mediante una histerectomía supracervical”.

No podría ser definida la operación cesárea como aquella que extrae el producto del interior del útero mediante una incisión de este, porque el cuello uterino es también parte del útero, y entonces unas incisiones de Duhrssen constituirían una operación cesárea, y esto no es exacto, la incisión que se hace sobre el útero y por cuya brecha se extrae el producto de la concepción, debe ser supracervical.

Ahora, no es una definición muy exacta por que como vamos a ver dentro de un momento, hay una gran cantidad de operaciones cesáreas sobre segmento inferior, y el segmento inferior algún autor puede conceptuarlo como formando parte del cuello, tan es cierto esto que a la cesárea segmentaria De Lee le llama Lamparo-traquelotomía, es decir es una incisión del cuello uterino a través de la pared abdominal, esto quiere decir que está considerando al segmento inferior como formando parte del cuello uterino.

La operación cesárea puede seguir dos vías: la vía abdominal, entonces es cesárea abdominal; o la vaginal, y entonces es cesárea vaginal. La cesárea vaginal es una operación que en la actualidad ha perdido casi completamente sus indicaciones, y les digo casi porque aunque en lo personal yo considero que prácticamente nunca hay que hacer una cesárea vaginal, sin embargo

algunos autores siguen considerando que tiene todavía una que otra indicación.

MARCO TEÓRICO

Después de describir en el capítulo anterior el planteamiento del problema, ahora se procederá a analizar las diferentes teorías acerca de infecciones vaginales, ruptura prematura de membranas y cesárea..

La infección vaginal

La infección vaginal más frecuente en la mujer es producida por un hongo llamado *Candida albicans*, la paciente va a referir secreción vaginal (flujo) de color blanco amarillento y con formación de grumos. Prurito (picazón) de la vulva con ardor y enrojecimiento de la zona. Los síntomas suelen aumentar en la semana pre-menstrual. Se presenta frecuentemente en pacientes diabéticas y en mujeres en tratamiento crónico con tetraciclinas para el acné. También en padecimientos del sistema inmunológico (de defensa del organismo).

La infección por *Gardnerella* (bacteria) tiende a producir una secreción blanca, gris o de color amarillo turbio, con un olor fétido o a "pescado" que aumenta cuando la secreción se vuelve alcalina, como sucede después del coito o de lavarse con jabón. Puede haber prurito o irritación vulva, pero por lo general no son muy pronunciados.

La infección por *Trichomonas* se caracteriza por una secreción purulenta, acuosa, a veces grisácea y frecuentemente de mal olor, que comienza poco después de la menstruación. Presenta también prurito (picazón) importante.

Las duchas vaginales frecuentes o los jabones no se recomiendan a menos que sean parte del tratamiento indicado por el médico. Estos tienden a trastornar la acidez normal de la vagina y pueden provocar infección.²

Recomendaciones generales para el tratamiento de la infección vaginal:

² Araiza Martha Elena Dra, Dr. Gómez Pérez José TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA edit. Mc Graw Hill México, pp. 611-612

Usar ropa interior de algodón, tratar de evitar fibras sintéticas. Evitar el coito ya que puede irritar más las paredes vaginales que ya están con un proceso inflamatorio. Es importante que los dos miembros de la pareja tomen el tratamiento siempre que se presente la infección, de esta manera se evitará también la re infección de un miembro de la pareja al otro.

Mantenga el área alrededor de la vulva seca, ya que la humedad ayuda al hongo a crecer.

La alimentación adecuada cumple un papel fundamental en el tratamiento. Deberá ser basada en granos, sopas y vegetales. Preferiblemente evitar la carne. , así como también jugo de arándanos y yogur con acidófilos.

El tratamiento médico será diferente de acuerdo al microorganismo que está causando la infección. Ejemplos: Candidiasis se trata con crema de Miconazol al 2% o clotrimazol al 1% con tabletas o supositorios vaginales. De 3 a 7 días dependiendo del tipo de tratamiento. Trichomoniasis y Gardnerella con Metronidazol (flagil). Y otros tratamientos diferentes para cada tipo de microorganismo.

La candidiasis es una infección en la vaginal causada por un hongo. También se le llama infección por monilia. Se trata de la misma clase de hongos diminutos que causan el afta en la boca (afta bucal) o en el tubo digestivo (candidiasis del

esófago). Esta infección también puede desarrollarse en la sangre y causar un problema muy serio. Este hongo puede crecer en la vagina sin causar infección. Una infección vaginal ocurre cuando el hongo crece demasiado comienza a causar síntomas. Esto ocurre cuando se perturba la salud normal de

la vagina. Casi todas las mujeres contraen infecciones vaginales de vez en cuando. Por ejemplo, el tomar antibióticos para una infección bacteriana, con frecuencia llevará al desarrollo excesivo de este tipo de hongo en la vagina.

Cuando una mujer tiene infecciones crónicas (todo el tiempo) o no puede curar la infección a pesar de un tratamiento apropiado, a menudo se debe a otra enfermedad crónica. El VIH y la diabetes son enfermedades que con frecuencia conducen a infecciones vaginales crónicas de este tipo.

Síntomas

El síntoma más prominente de la candidiasis es el prurito vulvar y vaginal. A menudo hay irritación y disuria externa, es poco frecuente que aumente la secreción vaginal. A veces se observan signos vulvares como edema, eritema geográfico y fisuras. Los hallazgos típicos son enrojecimiento de las paredes vaginales, con placas adherentes, secas blancas y de apariencia cuajada. Sin embargo, la mayoría de las mujeres con candidiasis presentan secreción escasa; sin eritema.

Candida produce el 90% de las infecciones vaginales por levaduras. Algunas especies distintas de candida también producen infecciones.

Estos hongos saprófitos se aíslan en la vagina del 15 al 25% de las mujeres asintomáticas. Aunque la sola presencia de las candidas vaginales no siempre identifica una infección, las grandes cantidades de microorganismos causan vaginitis sintomática. Sin embargo, algunas mujeres desarrollan una inflamación intensa con unos cuantos microorganismos.

La candidiasis se produce por los cambios en la resistencia del hésped o en la flora bacteriana local que permiten la proliferación de la levadura. Los factores de

riesgo más aceptados para esta infección incluyen el embarazo, diabetes y el uso de agentes inmunosupresores y antibióticos de amplio espectro.

En fecha reciente se relacionó con el coito frecuente y las duchas vaginales con la candidiasis. Puesto que se requiere inmunidad celular y no humoral para resistir las infecciones por la candida, las mujeres embarazadas y las que

reciben inmunosupresores que reducen la inmunidad celular están predispuestas a esta infección.

El crecimiento excesivo de esta levadura también favorecido por los niveles altos de glucosa urinaria que pueden observarse en la diabetes o el embarazo o durante episodios de ingesta exagerada de dulces. Los antibióticos de amplio espectro suprimen la flora bacteriana vaginal o intestinal normal, lo que permite el crecimiento micótico excesivo.

El papel de los anticonceptivos orales en esta infección es objeto de controversia. Estos fármacos producen alteraciones en los carbohidratos y aumenta la prevalencia de Candida en vagina, pero la incidencia de infecciones candidiásicas sintomáticas entre las usuarias de anticonceptivos casi nunca es más alta en comparación con las que no los ingieren. Un pequeño subgrupo de usuarias desarrollan infecciones recurrentes, pero casi nunca es necesario suspender los anticonceptivos orales.

La mejor forma de establecer el diagnóstico de la candidiasis es mediante el examen de preparación húmeda con KOH. Se mezclan las placas vaginales, la secreción o una muestra de raspado vulvar del borde eritematoso con KOH al 10%. Por lo general, las formas de micelas se encuentran solo mediante una infección estas formaciones se identifican con la preparación húmeda de KOH en el 80% de los casos. El pH de la secreción vaginal es normal (4.7 o menor). Es fácil recuperar los hongos con varios medios. Dado que forman parte de la flora vaginal normal, la

positividad en el cultivo no siempre es indicativa de infección. Sin embargo, solo debe realizarse el cultivo de Candida en pacientes con resultados negativos en la preparación húmeda con KOH con signos y síntomas de Candidiasis. Hasta el 50 % de las mujeres con candidiasis arroja resultados negativos en la preparación húmeda, pero el cultivo es positivo.

Se instituye el tratamiento vaginal local porque casi ninguna preparación antimicótica se absorbe por vía digestiva. Hay varios agentes intravaginales efectivos del grupo azol que se utilizan durante 3 o 5 días, como el miconazol,

clotrimazol, buconazol, tioconazol y terconazol. Estos fármacos deben utilizarse a las mujeres con vaginitis candidiásica primaria y es frecuente. Este tipo de medicamentos no se absorbe por vía vaginal y es seguro el empleo de los mismos regímenes durante el embarazo.

La incursión vaginal de polvo de ácido bórico en cápsulas también es efectiva. En las pacientes con síntomas ligeros, una dosis única de 150 mg de fluconazol por vía oral o una dosis inicial de 400 mg de itraconazol seguida de 200mg por dos días más también son efectivas. No obstante, las mujeres con síntomas intensos necesitan dosis repetidas durante cuatro días.

En estos casos también es posible que se necesite tratamiento vaginal prolongado durante dos semanas. La administración oral de nistatina para reducir

la colonización gastrointestinal no mejora muchos los índices de curación ni disminuye el índice de recurrencia. Cerca del 15% de los contactos sexuales masculinos de las mujeres con candidiasis presenta balanitis sintomática; es preciso identificar a los varones sintomáticos y tratarlos para prevenir la infección recurrente de la mujer.

El número de infecciones de *Candidiásicas albicans* va en aumento. Estas infecciones no responden bien al tratamiento con agentes tipo azol, incluido el fluconazol. Funciona mejor el ácido bórico y la nistatina. Aun la solución acuosa de violeta de geniana al 1% tiene aplicación limitada en estas pacientes.

Las mujeres con candidiasis recurrente representan el problema terapéutico más difícil. Por lo regular son ineficaces el tratamiento vaginal prolongado por dos o tres semanas, el tratamiento del hombre y la menor ingestión de azúcar.

En los casos recurrentes o resistentes debe indicarse una prueba de tolerancia a la glucosa y otra para detectar la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) para excluir esta enfermedad o la diabetes no reconocida. Además, algunas mujeres con candidiasis presentan otras infecciones

vaginales concomitantes; la repetición de la exploración física y el exámen de la muestra húmeda pueden aclarar el problema.

Las pacientes con candidiasis recurrente frecuente (cuatro episodios o más al año). Primero se administra un régimen estándar durante dos semanas, luego se continúa con el tratamiento supresor basado en un agente azol vaginal o ácido bórico dos veces a la semana o diariamente durante cinco días una vez al mes; una alternativa es una dosis de 150 mg de fluconazol oral a la semana. El tratamiento supresor debe continuarse durante un año, como mínimo, la candidiasis recurrente casi siempre se reduce a ninguna o una infección al año.

Las cremas y supositorios pueden usarse sin problemas, aún si las infecciones recurren con frecuencia. Sin embargo, algunas infecciones no responderán muy bien o no lo harán en absoluto a estos tratamientos. Por lo general, este tipo de problema se controla mejor con medicamentos antifúngicos (anti hongos) orales como ketoconazole (Nizoral) o fluconazole (Diflucan).

Hay también algunos remedios caseros para tratar estas infecciones (ácido bórico, ajo o betadine) que si se usan correctamente pueden funcionar para algunas mujeres.

Como se puede prevenir

La prevención primaria del hongo vaginal no es posible o deseada porque una cantidad normal del hongo es necesaria para una buena salud. Limitar los dulces

y el azúcar en la dieta ha ayudado a algunas mujeres a prevenir el crecimiento excesivo del hongo.

También se recomienda no usar duchas vaginales, usar ropa interior de algodón y faldas o pantalones sueltos que permitan la circulación de aire en la zona vaginal.

Si las infecciones continúan, es posible que usted necesite otro examen pélvico para confirmar el diagnóstico. Puede usar el tratamiento de cremas o

supositorios dentro de un programa que mantenga los síntomas bajo control. Esto puede ser una vez a la semana, tres veces por semana, después de tener relaciones sexuales o de la manera en que dicho programa funcione mejor para usted.

Si las recurrencias se tornan muy molestas puede ser útil tomar medicamentos más fuertes como por ejemplo las pastillas anti hongos ketoconazole (Nizoral) o fluconazole (Diflucan). Por lo general, estos

medicamentos controlarán la candidiasis vaginal o el afta bucal. Sin embargo con el tiempo, el hongo puede adaptarse a los medicamentos y estos pueden dejar de funcionar.

Ketoconazole (Nizoral) o fluconazole (Diflucan) pueden causar efectos secundarios (salpullido, náusea o calambres en el abdomen) y pueden interferir con la acción de otros medicamentos. También requieren un control del hígado y de los riñones. En muchas mujeres que han sufrido de candidiasis crónica, los medicamentos orales semanales ofrecen grandes beneficios. La cándida es un crecimiento anormal de una levadura (hongo) llamada "cándida".

La cándida se encuentra normalmente en la piel, el estómago, el colon, la vagina, el recto, la boca y en la garganta. La cándida causa problemas con la salud sólo cuando hay un crecimiento anormal en una de estas partes del cuerpo. El nombre médico de la cándida es candidiasis.

La cándida es un síntoma común en la etapa temprana de la enfermedad VIH, que ocurre usualmente en la boca y/o vagina. Ésta puede convertirse en un problema serio si no es tratada.

Las personas con SIDA pueden también desarrollar la cándida más internamente en sus cuerpos- en su tráquea, esófago (garganta) o pulmones.

Las personas que desarrollan la candida como un síntoma temprano de VIH, deben hablar con sus médicos para comenzar a tomar medicamentos para prevenir el PCP (una neumonía relacionada con el SIDA), aunque tengan un conteo de más de 200 células T.

VAGINITIS

La vaginitis es la razón más frecuente para una visita al ginecólogo. Sus síntomas incluyen aumento en la secreción vaginal, irritación y prurito vulvar, disuria externa y secreción fétida. Las mujeres con vaginitis infecciosa tienen microorganismos anormales o un aumento de la cantidad de la flora bacteriana y, en las niñas,

gonocócica. Debe hacerse todo el esfuerzo necesario para establecer el diagnóstico de una de estas infecciones específicas y evitar el diagnóstico de vaginitis inespecífica.

El establecimiento de un diagnóstico específico es obligatorio ya que la selección del tratamiento efectivo depende de un diagnóstico correcto. El tratamiento de la vaginitis inespecífica siempre falla. Otros trastornos que pueden ocasionar una secreción vaginal excesiva incluyen cervicitis, presencia de moco normal por ectopia cervical, cuerpos extraños (usualmente tampones retenidos) y reacciones alérgicas a duchas o anticonceptivos vaginales.

Exploración

Es posible que los genitales externos sean normales o estén edematosos, eritematosos, excoriados o fisurados. Es necesario excluir la enfermedad vulvar

local, en especial la vestibulitis, de un efecto secundario de la vaginitis. En la exploración con espéculo, la mucosa vaginal se encuentra eritematosa. Las características de la secreción importantes de observar son la viscosidad, apariencia flocular, color, olor. Siempre determinarse el estado de pH vaginal.

También se realiza una prueba de olor y exámen microscópico con hidróxido de potasio (KOH), la cual se lleva acabo con una muestra húmeda preparada con solución salina normal y KOH al 10%. Se mezcla una gota de cada solución con la secreción.

Antes de colocar el cubreobjetos sobre las dos gotas separadas, se valora la parte con KOH en cuanto a la presencia de un olor a pescado o amina, en la exploración microscópica de la porción con KOH se buscan hifas con el objetivo 100x; en la parte de solución salina se buscan tricomonas y células indicativas bajo el objetivo de 400x. es frecuente que la vaginitis se deba a causas múltiples.

Los cultivos vaginales no son muy útiles, excepto cuando se utilizan en forma selectiva para identificar candida. La valoración microscópica es específica, pero solo tienen una sensibilidad del 80% para reconocer varios tipos de vaginitis.

Cuando se sospecha una vaginitis infecciosa en las pacientes en las que no es posible establecer un diagnóstico preciso, debe repetirse el exámen dos semanas después.

VAGINOSIS BACTERIANA

El término de vaginosis bacteriana describe el trastorno vaginal secundario al crecimiento excesivo de bacterias anaerobias y *G. vaginalis*. Tanto esta bacteria como los anaerobios son habituales normales de la vagina, pero el crecimiento excesivos de estas bacterias sobre la flora dominante de *Lactobacillus* da lugar a una secreción gris, acuosa, homogénea y con olor a pescado que se adhiere a las paredes vaginales y con frecuencia se encuentra en el introito.

En contraste con los hallazgos en casi todos los otros tipos de vaginitis, el epitelio vaginal se ve normal y por lo general no hay leucocitos. El olor a amina

(similar al pescado) se debe a los anaerobios y se acentúa cuando se agrega KOH al 10%.

El diagnóstico de vaginosis bacteriana se basa en la presencia de tres de las siguientes características de la secreción: pH superior a 4.7, apariencia delgada y homogénea, olor a amoníaco semejante a pescado con la adición de KOH al 10% y presencia de células indicadoras. Estas últimas son células epiteliales vaginales a las cuales se adhieren los microorganismos que se absorben por vía vaginal y es seguro el empleo de los mismos regímenes durante el embarazo.

La inserción vaginal de polvo de ácido bórico en cápsulas también es efectiva. En las pacientes con síntomas ligeros, una dosis única de 150 mg de fluconazol por vía oral o una dosis inicial de 400 mg de itraconazol seguida de 200 mg por dos vías más también son efectivas. No obstante, las mujeres con síntomas intensos necesitan dosis repetidas durante cuatro días. En estos casos también es posible que se necesite tratamiento vaginal prolongado durante dos semanas.

La administración oral de nistatina para reducir la colonización gastrointestinal no mejora los índices de curación ni disminuye el índice de recurrencia. Cerca del 15% de los contactos sexuales masculinos de las mujeres con candidiasis presentan balanitis sintomática es preciso identificar a los varones sintomáticos y tratarlos para prevenir la infección recurrente de la mujer.

El número de infecciones candidiásicas no albicans va en aumento. Estas infecciones no responden bien al tratamiento con agentes tipo zol, incluido el fluconazol. Funciona mejor el ácido bórico y la nistatina. Aun la solución acuosa de violeta de genciana al 1% tiene aplicación limitada en estas pacientes.

TRICOMONIASIS

Los síntomas característicos de la tricomoniasis incluyen secreción vaginal profusa, amarilla, maloliente y a menudo incómoda, con irritación vulvar.

Trichomonas vaginalis es un microorganismo que suele transmitirse por contacto sexual, está presente en el 3 y 15% de las mujeres asintomáticas y hasta en el 20% de aquellas que acuden a clínicas por ETS.

Es más probable identificar al microorganismo entre mujeres asintomáticas con una infección de reciente adquisición. Sin embargo, cerca del 50% de las mujeres con tricomoniasis es asintomático. Casi todos los contactos masculinos de mujeres con tricomoniasis son portadores asintomáticos del microorganismo en la uretra y próstata.

Solo en la tercera parte de las mujeres se encuentra la habitual secreción vaginal profusa, amarilla y espumosa. Es probable que la vulva se halle edematosa e inflamada por la secreción. En ocasiones se ve a simple vista el enrojecimiento subepitelial del cérvix; es más frecuente identificar áreas rojas más pequeñas en la colposcopia.

La secreción en mujeres con tricomoniasis sintomática tiene a menudo un pH superior a 4.7 y provoca el olor amoniacal con el KOH al 10%. Las tricomonas móviles se demuestran en la preparación húmeda con solución salina. Las tricomonas son más grandes que los leucocitos y se identifican por sus movimientos a sacudidas. Por lo regular, la preparación húmeda detecta a las tricomonas con una sensibilidad con un 80% en las mujeres sintomáticas, estos microorganismos se observan generalmente en menos del 50% de las preparaciones húmedas por cultivo de las pacientes con tricomoniasis.

Estos microbios también pueden identificarse en una prueba de Papanicolau por su apariencia flagelada característica.

Tricomoniasis Vaginalis es un protozoo anaerobio. Es fácil realizar el cultivo de este microorganismo, pero su disponibilidad no es amplia; el cultivo debe limitarse

a casos en los que se sospecha el diagnóstico, pero que no se confirma con la preparación húmeda. No se recomiendan cultivos de detección en las mujeres asintomáticas, excepto en ciertas poblaciones de alto riesgo.

En las pacientes con tricomoniasis también debe efectuarse un cultivo para *N. gonorrhoeae* debido a que la mitad de las mujeres con gonorrea tiene también tricomoniasis. Esta última induce con frecuencia síntomas que llevan a las pacientes a solicitar atención.

Tricomoniasis Vaginalis no solo reside en la vagina; también se reconoce en la uretra, vejiga y glándulas de Skene, razón por la que es necesario que el tratamiento sea sistémico, no local.

El metronidazol es un tratamiento efectivo para la tricomoniasis; el régimen de preferencia es una dosis de 2 g, ya que asegura la obediencia terapéutica de la paciente y es muy efectivo. Un régimen de siete días con 500 mg, con metronidazol dos veces al día no mejor el índice de curación del 95% que se alcanza con la dosis única. Se recomienda el tratamiento simultáneo de la pareja sexual masculina.

Por lo general, la tricomoniasis recurrente se atribuye a la falta de observancia terapéutica o a la nueva exposición a un compañero sexual no tratado. Hay informes del aumento de resistencia *in vitro* e *in vivo* de la tricomona al metronidazol en ocasiones es necesario un régimen con 3 g de metronidazol divididos en vía oral y vaginal durante siete días para lograr la curación.

El tratamiento con metronidazol es controversial por su potencial etiológico tumoral en seres humanos. En animales, las dosis grandes (equivalentes a 350-1000 dosis humanas) producen tumores. El fármaco también produce mutación de las salmonelas relacionadas con potencial carcinógeno.

No se ha encontrado incremento de los índices de tumores en las pequeñas series de mujeres evaluadas hasta por 10 años después del tratamiento con

metronidazol para tricomonas. Estos datos solo brindan una tranquilidad ligera de que el fármaco no produce cáncer, ya que se requieren estudios más grandes y prolongados para extruir esta posibilidad.

El metronidazol debe evitarse en el embarazo, sobre todo durante las primeras 20 semanas de gestación. Sin embargo, los otros fármacos que pueden

administrarse durante la gestación carecen de efectividad, como mlas preparaciones con yodo, que también se absorben en niveles suficientes para suprimir la tiroides fetal. La relación entre tricomoniasis vaginalis y la premadurez se requiere mas estudio. Para las mujeres no embarazadas parece justificado el uso a corto plazo de un fármaco con un potencial carcinógeno minimo, cuando mucho, sobre todo porque es el único agente que erradica tricomoniasis vaginalis. La secreción persistente después del tratamiento adecuado para la tricomoniasis es razón suficiente para repetir los cultivos de gonorrea y candidiasis.

GONORREA

Neisseria Ghonorrea

Gonococo

Diplococo Gram (-)

Es una infección de transmisión sexual causada por un coco piogéno o un Diplococo Gram(-) sexual tiene un periodo de transmisión de 3 días.

CUADRO CLINICO

HOMBRE: escurrimiento de pus a través del meato urinario que se acompaña ardor disuria tenesmo vesical y alguna erucción en el glande.

MUJER: casi no tiene síntomas a veces un ligero

DIAGNOSTICO: a través de signos y síntomas y antecedente de contacto sexual previo sin protección y promiscuos se comprueba por una tinción por exudado uretral.

TRATAMIENTO: Pencilina procainica 800mil unidades intramuscular cada 12 horas 1X2X5

Pencilina Benzatinica 24000 unidades intramuscular dosis única.

Eritromicina 500mg 1X3X8 dias via oral.

A continuación se da a conocer el tema de la Ruptura prematura de membranas.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

La ruptura prematura de membranas (RPM) es el rompimiento espontaneo de las membranas fetales antes del inicio del trabajo de parto en cualquier edad de la gestación. La RPM anterior al término ocurre antes de la semana 37 del embarazo. La RPM posee una incidencia de todas las gestaciones cercana al 8% ³y por lo regular sucede al término. La RPM antes del término se presenta en un 2% de las ocasiones.

El líquido amniótico que rodea al feto en desarrollo se produce principalmente por transferencia del cordón umbilical y trasudación a través de la piel fetal, al inicio del embarazo y por orina y el liquido pulmonar fetales en las etapas tardías de la gestación. Durante todo el embarazo hay un recambio continuo del liquido con vida media de dos horas.

El liquido que rodea al feto es importante para el desarrollo de sus pulmones, movimiento de sus miembros, intercambio de calor, protección del cordón umbilical y prevención de compresiones. Cuando se rompen las membranas fetales pueden alterarse estos mecanismos protectores si pierde el liquido. Además, se establece una puerta de entrada para bacterias vaginales y, en consecuencia, se presenta un riesgo, de corioamnionitis e infección fetal. La RPM

³ Maciel Núñez Eduardo, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA VOL. II Edit. Cuellar S.A de C.V Guadalajara, Jal.

suele conducir el inicio de trabajo de parto. El 35% de los nacimientos prematuros resulta de RPM antes del término.

Clasificación

La ruptura de membranas se puede clasificar en artificial y espontánea; la primera cuando se utiliza un amniotomo llamándose al procedimiento amniotomía y amniorrexis a la salida de líquido amniótico, la segunda cuando sucede sin la participación del médico.

Por el sitio en que ocurre, la ruptura prematura de membranas puede ser alta cuando sucede por arriba del orificio interno cervical y baja cuando ocurre en la luz del mismo. Se conoce como RPM completa cuando amnio y corion presentan una solución de continuidad en el mismo lugar e incompleta cuando las capas se rompen en sitios diferentes.

Etiología

La RPM es desconocida, aunque se ha mencionado la presencia de enzimas como la colagenasa que puede contribuir a que se presente el fenómeno. Puede ocurrir en cualquier momento, inesperadamente en un embarazo de progresión normal. Se han invocado factores que se consideran predisponentes y otros como desencadenantes.

Entre los primeros se encuentran: alteración en el desarrollo de las membranas. Incompetencia ístmico- cervical. Embarazo múltiple. Hidramnios. Corioamnioitis local. Dispositivo intrauterino. Y entre los segundos: Traumatismo abdominal. Aumento brusco de presión abdominal, hipertonía uterina, movimientos bruscos del producto, tactos coito.

Causa de la ruptura prematura de membranas

Las membranas están formadas por el amnios y el corion. El amnios es la capa más interna y, aunque más delgada, tiene mayor fuerza que el corion; este último está unido a su superficie externa a la decidua capsular. El equilibrio de

factores intrínsecos regula la síntesis y degradación de tejido conjuntivo en ambas membranas.

Existen enzimas llamadas metaloproteinazas que destruyen los componentes de la matriz extracelular. Asimismo, hay inhibidores de estas enzimas. Hacia el término predomina el metabolismo proteolítico de la matriz extracelular del amnios y el corion, disminuyen la concentración de la colagena en las membranas y se debilitan estas últimas.

Al parecer, las membranas que se rompen prematuramente tienen una debilidad o adelgazamiento más focales que generales.

Factores de Riesgo

El riesgo de la Ruptura Prematura de Membranas antes del término aumenta dos o cuatro veces en mujeres que han padecido esta alteración en un embarazo anterior. Además, también tienen un mayor riesgo las mujeres que han tenido un parto prematuro previo, con o sin ruptura prematura de membranas. En varios estudios se han encontrado que las personas con hemorragia en el primero o segundo trimestre poseen un riesgo significativamente mayor.

La hemorragia puede resultar de la placentación anormal o desprendimiento prematuro. Un procedimiento quirúrgico cervical previo, incluida la conización, incompetencia cervical y dos o más terminaciones electivas del embarazo también incrementan el riesgo un ultrasonido transvaginal era el mejor indicador de ruptura prematura de membranas antes del término.

La distensión excesiva del útero, gestaciones múltiples o polihidramnios aumenta el riesgo. La única enfermedad de tejido conjuntivo relacionada con un incremento de ruptura prematura de membranas antes del término es la de Leishman.

El peligro de RPM antes del término es hasta dos veces mayor en mujeres que fuman durante el embarazo y, aparente, el riesgo aumenta en forma dependiente de las dosis. Algunos informes indican que la deficiencia de zinc y

ácido ascórbico incrementa el riesgo, pero en la mayor parte los estudios no se han encontrado un patrón consistente de valores de riesgo nutricionales.

No existe acuerdo general en cuanto a que los tactos de abundancia al término propicien la ruptura prematura de membranas. Un estudio de Lenihan se encontró que los exámenes cervicales semanales elevaron el riesgo de ruptura prematura de membranas del 6 al 18%. En contraste, McDuffe observó que estos

procedimientos, de la semana 37 hasta el parto, no tenían un efecto significativo con la ruptura prematura de membranas.

Causas infecciosas

Se han relacionado las infecciones de las vías genitales infecciones con un incremento de ruptura prematura de membranas antes del término inclusive las causas por streptococcus del grupo B, chlamydia, trichomatis, Neisseria gonorrhoeae y la vaginosis bacteriana. Al parecer, los efectos de streptococcus del grupo B en la ruptura se relacionan con el número de bacterias que existen.

La presencia de streptococcus del grupo B en la vagina en un cultivo incrementa el riesgo de la ruptura prematura de membranas antes del término, pero la invasión vaginal intensa (crecimiento en las placas primarias) y bacteriuria por streptococcus del grupo B se han vinculado con RPM.

Un estudio grande de Regan y colaboradores en más de 13000 mujeres señaló que el estado de portador de streptococcus del grupo B era un factor de riesgo de la RPM antes del término. Los datos sobre la intervención de Chlamydia en la RPM antes del término son contradictorios. Varios estudios han relacionado con Chlamydia como un factor causal de RPM antes del término.

Otros patógenos de las vías genitales que alteran el ambiente y el pH vaginales incluyen Bacteriodes fragilis y otros anaerobios, Trichomonas vaginalis y la vaginosis bacteriana. En la mujer embarazada se determinan en repetidas

ocasiones los valores del pH vaginal y todos son de 4.0 o menores, la incidencia de ruptura prematura de membranas antes del término es el 8%.

Hay varios mecanismos por lo que las bacterias podrían aumentar la incidencia en la RPM. Los microorganismos pueden producir proteasa y fosfolipasa, que pueden debilitar la membrana. Se han demostrado en vitro que los neutrófilos activados reducen la tensión y elasticidad de las membranas al estallamiento.

Además, la respuesta de citocinas mediadas por el huésped puede tener una función etiológica.

Complicaciones Maternas

- Trabajo de Parto
- Infección: corioamnionitis y endometritis
- Parto por cesárea
- Desprendimiento prematuro de la placenta

Es común la infección materna o corioamnionitis, en las que las bacterias invaden y causan inflamación en las membranas antes del parto. Los microorganismos que se encuentran en la corioamnionitis comprenden los que habitualmente existen en la vagina, entre ellos estreptococos aerobios y anaerobios, bacterias gramnegativas y coliformes aerobias y otros anaerobios como Bacteriodes y Fusobacterium.

La corioamnionitis clínica ocurre en cerca del 10 al 20% de personas con RPM (ruptura prematura de membranas) antes del término varían en diversas series, desde el 14% hasta más del 43%. Los centros que cultivan Mycoplasma y ureaplasma y también bacterias informan el índice de cultivo más alto. No se ha aclarado si los micoplasmas genitales representan simplemente colonias o infección verdadera.

Otras complicaciones maternas de la ruptura prematura de membranas antes del término es la endometritis postparto, que puede ir precedida o no por

corioamnionitis. En una serie de Cox y colaboradores, el riesgo de cesárea en pacientes con RPM antes del término fue de casi 40%. Las razones más comunes para el aumento del índice de cesáreas fueron desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca fetal y un incremento de la incidencia de mala posición fetal.

FETO

La duración del periodo de latencia hasta el trabajo de parto después de la Ruptura Prematura de Membranas se relaciona inversamente con la edades de la gestación cuando se rompe. Al término, el 90% de las mujeres se encuentran en trabajo de parto en el transcurso de 24 horas.

Entre las mujeres de 28 y 34 de embarazo, el 50% de las personas inicia el trabajo de parto en el mismo lapso y el 80% en el transcurso de una semana. A las semanas 24 a 26 de gestación, sólo el 50% se encuentra en trabajo de parto en el curso de una semana.

Complicaciones del feto en la ruptura prematura de membranas

- ❖ Premadurez
- ❖ Infección: neumonía, meningitis, bacteriemia
- ❖ Hipoplasia pulmonar
- ❖ Deformaciones de los miembros y el cuerpo
- ❖ Cordón prolapsado
- ❖ Compresión del cordón (oligohidramnios)
- ❖ Desprendimiento prematuro de la placenta

La infección es una causa mayor de la morbilidad neonatal y las causas bacterianas más frecuentes de sepsis son *Streptococcus* del grupo B y *Escherichia coli*.

El desprendimiento prematuro de la placenta, prolapso o compresión del cordón umbilical en la Ruptura Prematuro de Membranas antes del término se

estima es 2% y depende de la presentación del feto: en la vértice es más bajo el riesgo.

La compresión del cordón umbilical también puede ocurrir con el prolapso del cordón umbilical o ser secundaria a oligohidramnios. La incidencia de sufrimiento fetal en el trabajo de parto que da lugar a una cesárea es más de tres veces mayor en pacientes con Ruptura Prematura de Membranas antes del término que en el trabajo de parto prematuro con membranas intactas y se acompaña más amenudo con desaceleraciones variables graves por compresión con cordón.

Diagnóstico

Cuando una paciente piensa que ha ocurrido la ruptura prematura de membranas debe acudir con el doctor para que este la examine y establezca el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial de ruptura incluye pérdida del tapón de moco, exudado vaginal relacionado con infección e incontinencia urinaria. En el estudio de diagnóstico de ruptura prematura de membranas el antecedente de escape de líquido indicado por la paciente es correcto en más del 90% de las ocasiones.

La valoración inicial puede revelar un perineo húmedo. Si la persona no a va dar a luz de inmediato, no debe practicarse un tacto, ya que suele introducir bacterias en el útero y acortar la fase latente. Un exámen con espéculo estéril puede mostrar acumulación de líquido en la bóveda vaginal posterior.

La observación directa del escape de líquido por el orificio cervical es una prueba de membranas rotas. El pH normal de la vagina en el embarazo fluctúa entre 4.5 y 6.0 en tanto que el líquido amniótico entre 7.1 y 7.3. el papel de nitracina cambia de un color azul oscuro al amarillo con un pH mayor de 6.5 y su precisión para el diagnóstico de líquido amniótico en la vagina tiene una exactitud total de un 93%, pero puede haber resultados falsopositivos por

sangre, semen, orina amarillae infecciones vaginales. Si existe una ruptura prematura de las membranas y muy poco líquido amniótico, obtenerse un resultado falsonegativo.

El diagnóstico de RPM también podría confirmarse obteniendo la arborización o imagen en helecho del líquido amniótico en un portaobjetos, se deja secar y se observa al microscopio cristalización del cloruro de sodio muestra el patrón en el hecho. Este método tiene una precisión total para el pronóstico de RPM que se aproxima al 96%. Son raras pruebas falsopositivas; los casos publicados se deben a la examinación con semen y moco cervical. Además, las huellas digitales en el portaobjetos se han diagnosticado erróneamente como un patrón en helecho.

Los resultados falsonegativos pueden atribuirse a un escobillón seco y contaminación sangre a una dilución de 1:1^o a que no se concede el objeto suficiente para que se seque el líquido en el portaobjetos arborización del líquido amniótico no se ve afectada por meconio a ninguna concentración y tampoco por alteración del pH.

Otros elementos que se han estudiado en las secreciones vaginales para demostrar la presencia de líquido amniótico en células escamosas fetales, grasa, prolactina, oxidadiamanina, fetoproteína alfa y fibronectina fetal. La administración de fenazopiridina a la paciente para un cambio de color del líquido amniótico y las secreciones en la esta no es útil.

Moco Cervical

Es más de comprobar las membranas rotas, el exámen con espejulo estéril puede valorar el grado de dilatación cervical incluir la posibilidad de prolapso de una extremidad fetal del cordón umbilical a través del cérvix. Aparentemente en pacientes con RPM antes del término, es posible utilizar el ultrasonido endovaginal con seguridad.

Infección

Cuando se establece el diagnóstico de RPM es necesario obtenerse cultivos perianales y de la vagina inferior para estudios de Streptococcus del grupo B y administrar antibióticos hasta que se tornen negativos los resultados. Tales cultivos.

Todas las pacientes con RPM antes del término deben valorarse para posible corioamnionitis. El examen físico incluye palpación del útero para la hipersensibilidad y observación del cérvix para exudado purulento. Un signo ominoso temprano es la taquicardia fetal. El aumento de la temperatura es por lo regular un signo tardío de corioamnionitis, al igual que la leucocitosis y los valores elevados de la proteína C reactiva maternos. Algunas veces está indicada una amniocentesis a fin de valorar una infección intrauterina.

El análisis del líquido amniótico para una posible infección antes de obtener el informe del cultivo incluye tinción de Gram positiva para bacterias, leucocitos y concentración de glucosa menor de 10mg/dl. La tinción de Gram no identifica una invasión por Mycoplasma y es posible que los leucocitos en el líquido amniótico no sean precisos por contaminación vaginal. Los estudios también han demostrado un aumento de la interleucina en líquido amniótico infectado. Hay una incidencia más alta de PSE no reactivas en pacientes con infección intrauterina, pero el estudio no es sensible.

En varios estudios se ha demostrado que un perfil biofísico de 6 o menor se correlaciona con infección intrauterina, pero puede ser un indicador más adecuado de infección fetal que de corioamnionitis. La mayoría de los fetos que se encuentran en un ambiente con corioamnionitis no se infecta, aunque muestra una frecuencia más alta de parálisis cerebral.

Tratamiento

La terapéutica se enfoca casi siempre en los riesgos del niño. El peligro de permanecer en el útero es una infección y los riesgos del parto son los de premadurez. En general debe efectuarse el parto cuando los fetos son de 34

semanas de gestación o mayores en los casos en que la madre tiene coriomnionitis clínica.⁴

En fetos menores de 34 semanas de gestación de embarazo o mejor el tratamiento expectante in útero para ganar madurez orgánica. Si la mujer tiene un cerclaje cervical debe removerse, ya que se ha publicado un incremento de infección y mortalidad materna cuando se ha dejado colocado.

Los fármacos tocolíticos su uso en pacientes con RPM. Las posibles ventajas del empleo de estos medicamentos en personas con RPM antes del término ha sido limitado. Las posibles ventajas del empleo de estos medicamentos en personas con RPM incluyen prolongación del embarazo hasta obtener mayor madurez y una ganancia de corto tiempo si se eligen esteroides. Las posibles desventajas comprenden el mayor riesgo de infección y los efectos secundarios de los tocolíticos. Aunque cada caso debe tratarse de manera individual, hasta este momento los estudios no han mostrado un gran beneficio de los tocolíticos y no se utilizan ampliamente cuando están rotas las membranas.

Parto

Aún existe la gran decisión de establecer el momento en que debe llevarse a cabo el parto en pacientes con RPM antes del término. Las ventajas de un parto programado temprano son evitar infección, accidentes del cordón, sufrimiento fetal, y alteraciones fetales dismórficas. Las posibles desventajas comprenden la premadurez y los costos y riesgos de inducción la cesárea o ambas.

Merce y colaboradores examinaron el valor de llevar a cabo una amniocentesis para comprobar la madurez y a continuación el parto en pacientes con RPM antes del término entre las semanas 32 y 36 de embarazo. De 164 mujeres con RPM antes del término, 13 tuvieron estudios de inmadurez, cuatro presentaron corioamnionitis y en 12 no tuvo éxito la amniocentesis. Noventa y tres pacientes que aceptaron participar tenían líquido amniótico maduro. Estas 93 mujeres con

⁴ Picazo Eduardo INTRODUCCIÓN A LA PEDIATRÍA Mc Graw Hill México

liquido maduro se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos: tratamiento expectante e inducción del trabajo de parto. Esta ultima se acompañó de un periodo de latencia hasta el parto mas corto, hospitalización del niño por menos tiempo, disminución de corioamnionitis antes del parto.

Si la madre tiene coriomnionitis clínica, el parto debe efectuarse mediante inducción del trabajo de parto, si es posible, para evitar la contaminación peritoneal en una cesárea.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

Los casos más difíciles son aquellos en que se rompen las membranas muy temprano en el embarazo. La ruptura prematura de las membranas en el segundo trimestre, según la definen Moretti y Sibai, ocurre entre las semanas 16 y 26 de gestación. Es rara y se presenta aproximadamente en 0.7% de los embarazos. Un artículo de Schucker y Mercer de 1996 resumió 14 años de estudios de pacientes con RPM en el segundo trimestre.

Estos investigadores encontraron que cerca del 57% de las pacientes dio a luz en transcurso de una semana y el 78% alrededor de un mes después de la ruptura de las membranas. En personas sometidas al tratamiento conservador después de la RPM en el segundo trimestre, la mortalidad fetal fue de 15% y la neonatal de 40% para una supervivencia total de sólo 45%.

Las secuelas a largo plazo incluyeron enfermedad pulmonar crónica y anormalidades del desarrollo y neurológicas; en 31% de los lactantes y que se dieron de alta en el hospital se encontró hidrocefalia y parálisis cerebral. La posibilidad de supervivencia neonatal con la ruptura de las membranas antes de la semana 24 fue de 30% aproximadamente. En embarazos con RPM antes de 20 semanas de gestación hubo una posibilidad de 16% de supervivencia neonatal intacta.

Existen factores que influyen en el resultado final en la RPM mucho antes del término, más notablemente la cantidad de liquido amniótico restante y la

presencia de infección. Hadi y Hodson resumieron 11 artículos publicados entre 1984 y 1995 sobre RPM durante el segundo trimestre y encontraron que la incidencia total de coriomnionitis fue de 38% en pacientes con RPM entre las semanas 20 y 25 de embarazos con una bolsa de líquido amniótico y coriomnionitis esta última ocurrió en 24% de los embarazos con una bolsa de líquido amniótico mayor de 2 cm y en 69% de las gestaciones con líquido amniótico inadecuado.

El índice total de supervivencia perinatal fue cercano al 55%. Si ocurrió el parto antes de la semana 25 de gestación, solo sobrevivió el 7% de los recién nacidos. En embarazos que tuvieron un volumen de líquido amniótico adecuado y que continuaron más allá de la semana 25 el índice de supervivencia fue del 89%, en tanto que en los que tenían un líquido amniótico inadecuado la supervivencia perinatal fue del 31%. La incidencia total de enfermedad pulmonar crónica, anomalías neurológicas y parálisis cerebral a largo plazo en los que sobrevivieron fue de 39 por ciento.

Es necesario comentar el pronóstico con la paciente. En el caso de un feto aún inviable, algunas veces se instituye tratamiento expectante en paciente externa con vigilancia frecuente de infección. Muchas personas eligen la inducción del trabajo de parto.

Líquido amniótico disminuido

Cuando se detecta en la valoración inicial de la paciente con membranas rotas un volumen de líquido amniótico disminuido, se presentan problemas adicionales. La hidratación materna intravenosa y el reposo en cama pueden ayudar a mejorar el índice de líquido amniótico.

En un estudio de Chelmon y colaboradores se encontró que en pacientes sin trabajo de parto a las semanas de 24 a 37 de gestación con RPM comprobada, la hidratación de las mujeres con un litro de solución salina normal en un periodo de 30 minutos aumentó el índice de líquido amniótico. Concluyeron que el índice de líquido amniótico

es sensible para la hidratación materna en pacientes con ruptura prematura de membranas antes del término y puede aumentarse con bolos I.V de líquido.

En estudios de investigación también se han intentado medicamentos que alteran la diuresis, como litio y vasopresina, con éxito variable. En casos de oligohidramnios o desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca fetal debe considerarse la amnioinfusión durante el trabajo de parto.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS POSAMNIOCENTESIS GENÉTICA

El resultado final en los embarazos que presentan escape de líquido amniótico después de llevar a cabo una amniocentesis genética es mucho mejor que en la RPM espontánea antes del término en el embarazo temprano, comentada anteriormente. En un estudio Gold se publicó que de 603 amniocentesis en el segundo trimestre, siete (1.2%) tuvieron RPM en este trimestre. En las siete pacientes se resolvió el escape de líquido amniótico y seis de ellas tuvieron un parto a término. Otras series han publicado RPM iatrogenas después de amniocentesis genética en el segundo trimestre que ocurrió aproximadamente en el 0.2% de las ocasiones con resultados finales del embarazo por lo general aleatorio.

Después de analizar las infecciones vaginales y la ruptura prematura de membranas concluimos con el tema de la cesárea una de las variables de la investigación.

OPERACIÓN CESÁREA

Los términos cesárea, es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae el producto de la concepción a través de una incisión en útero por vía abdominal.

Laparotomía y parto abdominal se refieren al parto de un feto que pese 500g o más por vía abdominal y que requiere una incisión a través de la pared del útero.

Estos términos no se refieren a la cirugía necesaria para un embarazo abdominal ni a la histerotomía vaginal. Desde un punto de vista histórico (cap. 1) y desde el punto de vista práctico, la operación cesárea sigue siendo una de las más importantes dentro de la obstetricia y la ginecología.

Su realización ha continuado salvando vidas dentro de la madre como del feto y recientemente lo único que ha cambiado en ella han sido sus indicaciones. Se empezó realizando para preservar la vida de la madre, en los partos obstruidos y para obtener un niño viable cuando había muerto la madre, pero actualmente las indicaciones incluyen especialmente la obtención de un feto vivo cuando sobre el incide cualquier tipo de sufrimiento.

En cuatro puntos esenciales se fundamenta la reducción del riesgo materno durante la operación cesárea: 1) mejora la técnica quirúrgica, 2) perfeccionamiento de las técnicas anestésicas, 3) seguridad de las transfusiones sanguíneas, 4) el descubrimiento de los antibióticos.

En la actualidad se asiste a un incremento progresivo de incidencia de la operación cesárea en relación con el número total de partos. Mientras que en la década de los 70 la operación cesárea representaba alrededor de un 5% de todos los partos, actualmente en muchos hospitales su uso se ha incrementado hasta un 20%.

Las razones para este cambio incluyen un incremento en las situaciones de sufrimiento fetal, la tendencia a repetir la cesárea en pacientes a las que se había aplicado anteriormente este método y el aumento en la proporción de primíparas sobre multíparas, ya que la cesárea incide 9 veces más en primíparas que en multíparas.

Indicaciones

La cesárea se emplea en pacientes en quienes el parto vaginal no es posible o impondrían riesgo indebido sobre la madre o el lactante. Algunas de las

⁵indicaciones son claras y absolutas (por ejemplo, placenta previa central, desproporción cefalopélvica marcada); otras son relativas. En algunas embarazadas, es necesario un juicio fino para determinar si la cesárea o el parto vaginal son mejores.

No es posible preparar una lista completa de indicaciones, pues difícilmente ocurre alguna como complicación obstétrica que no haya sido resuelta mediante cesárea.

La operación cesárea está también indicada: 1) en los partos de riesgo, tanto para la madre como para el feto, 2) cuando se necesita interrumpir el embarazo y el parto no se puede ser inducido, 3) cuando la distocia imposibilita el parto por vía vaginal, y 4) en aquellas situaciones de urgencia en que la vía vaginal o no es posible o no es deseable.

A.- DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA

Casos en los que la cabeza es demasiado grande para pasar a través de la pelvis, deben ser tratados mediante cesárea.

El término pelvis reducida a veces se considera como una indicación; esta no es una designación precisa, pues un feto pequeño en ocasiones puede salvar una pelvis pequeña, así como una pelvis grande. A veces, puede identificarse antes del inicio de trabajo de parto casos severos de desproporción cefalopelvica, en tanto que en otras pacientes se requiere un tanteo o prueba de trabajo de parto.

Se define como prueba del trabajo de parto un periodo de dos horas con esfuerzos voluntarios adecuados en la segunda etapa del trabajo de parto y membranas rotas. Si el feto no puede nacer con seguridad por vía vaginal para este tiempo, se elige cesárea. En la prueba del trabajo de parto se llega a esta conclusión ya sea antes de la dilatación completa del cuello uterino antes que

⁵ N. David Danforth TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA 4º. EDICIÓN edit. Interamericana México,

hayan transcurrido dos horas de la segunda etapa. La prueba de trabajo de parto es en la actualidad una rareza.

Se efectúa una vigilancia del feto en caso de una posible desproporción y siempre se presenta un signo de sufrimiento fetal antes de que pueda concluirse la prueba. Si la cabeza no desciende a una velocidad apropiada, por lo general es adecuada la práctica de una cesárea. A menudo, puede diagnosticarse desproporción del estrecho superior con precisión razonable mediante pelvimetría radiológica y cefalometría.

En la primigravida, puede sospecharse si la paciente comienza el trabajo de parto con la cabeza fetal no encajada, un número significativo de tales pacientes, la cabeza no se encajara y será necesario realizar cesárea.

Puede sospecharse desproporción pélvica media si el diámetro AP es corto, las espinas ciáticas muy prominentes y el feto es grande. Debe seleccionarse la cesárea, por lo general, después de una prueba de trabajo de parto, si la cabeza puede todavía sentirse por arriba de la sínfisis o si el vértice no avanza más allá de una altura de más de 2. Una prueba de fórceps puede o no ser necesaria para hacer esta decisión.

La desproporción del estrecho inferior por lo general requiere una prueba de fórceps antes que uno pueda decidir definitivamente que no es posible el parto vaginal seguro. En general, la pelvimetría radiológica y el examen digital son insatisfactorios para la valoración del estrecho inferior.

B.- INERCIA UTERINA

La inercia uterina (primaria o secundaria a posiciones fetales anormales) es una indicación para cesárea. Un partograma puede ser de utilidad máxima en la evaluación del progreso del trabajo de parto y brinda atención inmediata a la aparición de inercia uterina. Si el cuello uterino no se dilata a una velocidad de 1cm por hora, deberá sospecharse la posibilidad de trabajo de parto disfuncional.

C.-PLACENTA PREVIA

Si el tratamiento expectante no es adecuado porque el embarazo ha proseguido más allá de las 36 semanas o porque la hemorragia del útero es intensa, debe efectuarse cesárea si se encuentra que la placenta es previa.

D.- DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

En la mayoría de las pacientes con desprendimiento prematuro de la placenta, las membranas deben romperse de inmediato, independientemente del método pretendido para el parto, el grado de desprendimiento o el desarrollo de choque. En el desprendimiento moderado (es decir, separación más de una cuarta parte pero menor de dos terceras partes de la superficie placentaria), 1)si ocurre ⁶sufrimiento fetal; 2)si el trabajo de parto eficaz no sigue inmediatamente después de la rotura de las membranas, o 3)si es improbable el parto vaginal ocurra en el término de dos horas. En el desprendimiento intenso (separación de más de dos terceras partes de la superficie placentaria), debe seleccionarse cesárea sólo 1) si el lactante esta vivo;2) si el trabajo de parto eficaz no sigue inmediatamente después de la rotura de membranas o 3)sino puede preverse el parto vaginal en el término de dos horas.

E.-MAL POSICIÓN Y MALPRESENTACIÓN

La posición posterior del mentón y la situación transversa en el trabajo de parto son por sí mismas indicaciones para cesárea; los esfuerzos para convertir estas posiciones en favorables casi siempre son inútiles y pueden ser muy traumáticos. La presentación de frente durante el trabajo de parto hace necesaria la cesárea a menos que sea satisfactorio un intento para la conversión a una posición occipital o mentoanterior. La presentación de hombro y la compuesta son variaciones de la situación transversa y, con pocas excepciones, se tratan mejor mediante cesárea.

F.- PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

⁶Pernoll L. Martin MD. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOSTETRICO 7º. EDICIÓN edit. Interamericana México D.F pp. 658-668.

Por supuesto, tiene como parte integral de su tratamiento la administración de fármacos pero el recurso definitivo es el parto. Si no es posible la inducción del trabajo de parto, la solución es una cesárea.

G.-SUFRIMIENTO FETAL

La vigilancia fetal antes del trabajo de parto (técnicas sin y con esfuerzo) durante éste han permitido detectar problemas fetales que de otra manera pasarían inadvertidos, y en consecuencia ha aumentado el número de cesáreas que se realizan con indicación de sufrimiento o riesgos fetales.

H.- PROLAPSO DEL CORDÓN

Esta complicación debe ser tratada por el médico más rápido. Si las condiciones son tales que el parto vaginal inmediato sería peligroso para la madre o el feto, la paciente debe ser colocada en posición de Trendelenburg, protegerse el cordón con los dedos índice y medio dentro del cuello uterino entre la cabeza y la pared uterina, y llevarse a cabo la cesárea sin cambiar la posición o alterar la protección digital del cordón.

I.- DIABETES, ERITROBLASTOSIS Y OTROS ESTADOS PELIGROSOS

En procesos como la diabetes, la incompatibilidad Rh o el embarazo post-término, por lo general se determina el bienestar fetal mediante pruebas sin o con esfuerzo (pruebas de contracción sin o con oxitocina) o mediante estudios de estriol. Si aparece estar comprometido el bienestar del feto, deberá decidirse primero, cuándo interrumpir el embarazo y segundo como efectuarlo.

En la mayor parte de las ocasiones, una prueba sin esfuerzo no reactiva seguida de una prueba de reto con oxitocina positiva (desaceleración tardía de TCF) es indicación de parto. Si no está justificado el retraso implicado en la inducción del trabajo de parto o si las condiciones para la estimulación son desfavorables, debe escogerse la cesárea inmediata. Suele ser infructífero tratar de inducir el trabajo de parto sin romper las membranas sólo con el fin de evitar un compromiso total. La inducción es apropiada o no lo es: si lo es, se debe proceder con el medio más eficaz; si no lo es, no debe hacerse el intento.

J.- CARCINOMA DEL CUELLO UTERINO

Está indicada la cesárea seguida del tratamiento definitivo cuando se diagnostica carcinoma invasor del cuello uterino después de la semana 28 de gestación.

K.- EL FACTOR X

Además de las indicaciones absolutas de cesárea también hay indicaciones relativas que⁴, consideradas separadamente, no son suficientes para determinar la realización de este tipo de parto; pero cuando se encuentran varias sí constituyen una indicación válida. Eastman, refiriéndose a posmadurez, denominó a estos factores como X; así, no se indicaría una cesárea por posmadurez exclusivamente o por X nada más, pero sí en caso de coexistir. Se pueden considerar como factor X a la primigesta de edad avanzada, aquélla con problema previo de infertilidad, la ruptura prematura de membranas sin trabajo de parto y la diabetes.

L.-DISTOCIA CERVICAL

La incapacidad del cuello uterino para dilatarse en forma apropiada siempre se consideró como resultado de actividad uterina incoordinada. De hecho, la mayor parte de los casos se producen por inercia uterina; pero algunos son el resultado de cicatrización cervical después de la cauterización o conización profundas, y algunos ocurren por insuficiencias de los mecanismos del borramiento cervical dependientes del tejido conjuntivo.

Aunque la presencia de³ un factor X adicional a menudo es útil para elegir la cesárea en pacientes con distocia cervical, esta operación –en la ausencia de un factor X-puede ser apropiada para la paciente cuyo cuello uterino se mantiene rígido y no se dilata más de 3 o 4 cm a pesar de intensas y frecuentes contracciones uterinas en la primera etapa.

M.- INCISIÓN UTERINA PREVIA

Una incisión uterina previa, como una miomectomía o cesárea previa, puede debilitar la pared uterina o predisponer a rotura si se permite el trabajo de parto. La máxima anticuada pero arraigada. “Una vez una cesárea, siempre una cesárea” tiene muchos partidarios. Sin embargo, en la actualidad hay bastantes pruebas de que muchas cicatrices uterinas son realmente firmes y de que numerosas pacientes que han tenido una cesárea previa no complicada pueden a dar a luz con facilidad y con menos riesgo por vía vaginal que por cesárea repetida.

En general, entre las pacientes que han tenido una cesárea y son candidatas adecuadas para el parto vaginal se incluyen: 1) aquella cuya operación fue del tipo cervical baja (no clásica) 2) aquellas que comienzan el trabajo de parto mucho antes de la fecha probable de parto, 3) aquellas que entran a la sala de trabajo de parto con la cabeza bien encajada y el cuello uterino blando, anterior, borrado y dilatado cuando menos 3 cm. En tales casos es enteramente apropiado romper las membranas y esperar el progreso. Uno debe prepararse para una cesárea inmediata si hay retraso u otra anomalía del trabajo de parto o si la hemorragia vaginal, dolor, etcétera. Indican rotura de la cicatriz. En general, la cesárea electiva repetida está indicada.

1) en las pacientes cuya primera operación se efectuó debido a desproporción cefalopelvica; 2) en aquellas cuyo trabajo es probable que sea prolongado y difícil (por ejemplo, cuando la paciente entra al hospital con las membranas rotas, una parte de presentación alta, y un cuello uterino rígido, no borrado); 3) para aquellas que han tenido una cesárea clásica o miomectomía previas (a menos que pueda preverse con seguridad un trabajo de parto breve, fácil, un parto vaginal no complicado); 4) para aquellas que, después de llegar a la viabilidad, experimentan dolor persistente en la región de incisión uterina.

Se elige un parto vaginal, es indispensable la vigilancia estrecha puesto que algunas cicatrices de cesárea se rompen durante el trabajo de parto. El principal peligro en la realización de cesárea electiva repetida es el cálculo erróneo de las fechas, con el parto consiguiente de un lactante prematuro.

La amniocentesis con estimación de sustancia tensioactiva en el líquido amniótico es un método definitivo para confirmar la edad fetal. Los ultrasonogramas serados durante el embarazo (primero a las 21 semanas y de nuevo a las 31) pueden ser últimas para determinar la madurez fetal. Estos estudios son indispensables para la determinación de una fecha adecuada para realizar una cesárea repetida si la fecha de la última menstruación no es confiable y se ignora la edad del embarazo, como sucede debido a la utilización de anticonceptivos orales y amenorrea antes del embarazo.

N.- OTRAS INDICACIONES

Indicaciones raras e infrecuentes para la cesárea incluyen tumor que obstruya el conducto del parto, una operación vaginal plástica extensa previa, herpes genital, cardiopatía grave u otro estado debilitante en el que pueda preverse que el parto vaginal impondría un mayor riesgo que la cesárea.

CAUSAS FETALES:

- 1.- Sufrimiento fetal agudo
- 2.- situaciones anómalas
- 3.-prolapso de cordón
- 4.-vicios de presentación: pélvica, de frente y de cara
- 5.-Malformaciones fetales
- 6.- Embarazo gemelar
- 7.-Brevidad de cordón
- 8.- Otras

Las causas fetales, se dividen en 2 grandes grupos: las que se originan del trabajo de parto entre las cuales mencionamos el sufrimiento fetal agudo, situaciones anómalas, vicios de presentación prolapso y brevedad de cordón, malformaciones fetales, embarazo gemelar etc.

El otro grupo entraría las causas derivadas de la necesidad de salvaguardar la vida del feto como en la inmunización materno- fetal, diabetes, muerte habitual del feto "IN UTERO" embarazo prolongado.⁷

La frecuencia de esas causas la desproporción céfalo pélvica, las malformaciones fetales y los problemas hemorrárgicos ocupan en conjunto un 90% de todas las causas de la cesárea.

EVITAR EL TRABAJO DEL PARTO

En algunas situaciones, aun dentro de un parto normal, las contracciones uterinas pueden ser tan intensas que constituyen un riesgo real o potencial

⁷ Dra. Araiza Martha Elena, Dr.Gómez Pérez José TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA edit. Mc Graw Hill Interamericana México

para la madre, para el feto o para ambos. Las situaciones obstétricas en las cuales las contracciones uterinas pueden aumentar el riesgo para la madre incluyen la placenta previa central, la cesárea previa (especialmente el tipo clásico), la miomectomía anterior, la reconstrucción uterina previa o la reconstrucción de una fistula vaginal anterior. En estas circunstancias, el trabajo de parto o parto vaginal pueden llevar a una rotura uterina, hemorragia o lesiones serias del canal del parto que pondrían en peligro la vida y la salud de la madre.

Las situaciones que amenazan al feto y que pueden empeorar por el parto incluyen la placenta previa, la inserción valamentosa del cordón, los vasos previos y el prolapso Q procubito del cordón. Durante la última década, la monitorización electrónica fetal y la determinación del equilibrio ácido básico del feto han sido adoptados sistemáticamente para la detección de las situaciones de riesgo fetal desencadenadas por una insuficiencia del intercambio feto-placentario, que pueden llegar a comprometer la salud del feto.

Terminación del embarazo

En situaciones tales como la isoinmunización la diabetes mellitus y los trastornos hipertensivos, la mala situación intrauterina que constituye un aumento de riesgo fetal puede indicar la terminación prematura del embarazo.

En estos casos, si la inducción del parto fracasa, la operación cesárea es la alternativa. Igualmente, en situaciones como la pre eclampsia-eclampsia, o rotura prematura de las membranas con amnionitis, que empeoran el estado materno y en donde la inducción del parto no resuelve el caso, se debe emplear la cesárea. Los cada vez más seguros y efectivos métodos de inducción prematura de parto pueden reducir el empleo de la cesárea.

La necesidad de interrumpir tempranamente el embarazo representa aproximadamente el 52% de todas las cesáreas, principalmente porque la cesárea se repite en embarazos posteriores a la primera cesárea. Solamente el 2% de las primeras cesáreas se hacen por indicación de adelantar el parto.

DISTOCIA

Las indicaciones históricas para la cesárea eran desproporción feto pélvica , presentaciones fetales anormales , alteraciones funcionales miometriales y tumor previo. Todas representan bien problemas mecánicos uterinos, fetales o del canal de parto que impiden la progresión del parto por vía vaginal. La presentación de nalgas, particularmente en fetos prematuros, ha tomado recientemente gran importancia. La operación cesárea se está empleando cada vez con más frecuencia para la extracción del segundo gemelo, para las presentaciones anómalas y cuando se encuentra un cérvix cerrado o un segmento uterino inferior distendido.

La distocia representa aproximadamente el 26% de todas las cesáreas y el 54% de todas las primeras cesáreas.

Situaciones de urgencia materna y fetal

Algunas situaciones maternas o fetales requieren el parto inmediato del feto cuando vía vaginal no es deseable o no es posible. Tales circunstancias son una abrupcio placentae de consideración, hemorragia proveniente de una placenta previa, prolapso del cordón umbilical o situaciones maternas graves. Estas situaciones representan el 19% de todas las cesáreas y el 38% de todas las primeras cesáreas.

Complicaciones

La operación cesárea no es absolutamente inocua, ni está libre de riesgos maternos o fetales. Gran variedad de complicaciones – que incluyen fiebre inexplicable, endometritis, infección laparatomica, hemorragia, aspiración, atelectasia, infección del tracto urinario tromboflebitis, y embolismo pulmonar- aparecen entre el 25 y 50 % de las pacientes. La frecuencia de muertes maternas relacionadas con la cesárea varían y las condiciones previas a su realización. Se acepta generalmente una o dos muertes maternas cada 1000 operaciones. Un

25% por lo menos de estas muertes se relacionan directamente con las complicaciones anestésicas.

El parto abdominal resulta así ventajoso únicamente cuando el feto es susceptible de sufrir un riesgo, bien por el desencadenamiento del trabajo de parto o bien directamente por el parto vaginal. Cuando se comparan las estadísticas sobre supervivencia y seguimiento neurológico de niños nacidos bien por cesárea o bien por parto vaginal, se encuentra el doble el porcentaje de muertes y alteraciones neurológicas en los niños nacidos por cesárea, sobre los niños nacidos por parto vaginal es más ventajoso tanto para la madre como para el niño.

Complicaciones tardías de la operación cesárea son la obstrucción intestinal por adherencias y dehiscencia de la incisión uterina en los embarazos posteriores. Ambas complicaciones son más frecuentes cuando se utiliza la incisión clásica. Una incisión en el segmento uterino inferior, puede hacerse dehisciente antes del parto pero más frecuentemente la cicatriz se adelgaza hasta formar una ventana transparente, que se mantiene durante el embarazo pero que puede romperse cuando aparecen las contracciones uterinas. La incisión clásica se rompe en un porcentaje que oscila entre un 1 y 3% en los embarazos posteriores y, comparada con la incisión realizada en el segmento uterino inferior, causa tres veces más roturas sintomáticas y muertes maternas.

Una rara complicación no generalmente apreciada es la combinación letal de infección uterina e incisión clásica.

La invasión de la incisión por microorganismos conduce rápidamente a la dehiscencia, y la infección uterina entonces drena libremente dentro de la cavidad peritoneal. Únicamente la actuación quirúrgica rápida con histerectomía y aplicación de antibióticos puede salvar a la paciente.

Aunque las actitudes hacia la operación cesárea han cambiado radicalmente y sus indicaciones son mucho más liberales, existen amplias variaciones en el uso de la cesárea dentro del práctica médica que reflejan a veces el estado de su conocimiento y juicio más que la clase de su clientela.

La revisión periódica de todas las primeras cesáreas es una función útil y deseable en cualquier hospital que se precie de procurar unos cuidados maternos adecuados y puede poner en evidencia a aquellos médicos que, dado a su nivel de información y de competencia, hacen uso de esta operación bien de forma liberal o de forma restrictiva.

TIPOS DE OPERACIONES DE LA CESÁREA

Los tipos de operaciones cesáreas varían de acuerdo con la dirección de la incisión uterina (el tipo de incisión usada para abrir el abdomen no se utiliza en la caracterización de la operación.) las incisiones uterinas se dividen en dos tipos principales:

1.- las incisiones en la sección corporal del útero. La incisión vertical en esta localización se denomina frecuentemente como incisión clásica. La incisión transversa que se utiliza muy poco se llama incisión de Kerr.

2.- incisiones en el segmento inferior uterino. Estas incisiones son situadas en la parte inferior del útero y requieren la disección y desplazamiento hacia debajo de la vejiga en orden a poner en evidencia el área apropiada para su realización. La más frecuentemente usada es la incisión transversa Kerr. Una incisión vertical también puede ser hecha en esta área, pero tal incisión involucrará la parte alta del segmento uterino a menos que el segmento inferior más bajo este bastante elongado por el trabajo de parto; a esta incisión se le conoce con el nombre de incisión de Sellheim.

Las variaciones a este tipo de incisiones se practican muy ocasionalmente con arreglo a las dificultades que se presentan durante la realización de las operaciones. Son pocas deseables y deben ser o pueden ser evitadas mediante la planificación previa de la incisión uterina.

La incisión en forma de J es generalmente el resultado de un intento de realizar una incisión transversa baja sobre un segmento uterino inferior demasiado estrecho. Esta incisión tan inadecuada no se realiza hasta el momento mismo en

que se observa el útero, que es cuando el cirujano realiza la extensión vertical quirúrgica desde uno de los extremos para evitar la extensión espontánea hacia el ligamento ancho. En embarazos posteriores, esta incisión deben ser tenida tan en cuenta por lo que a riesgo se refiere como si se tratara de una incisión clásica.

La incisión en forma de T invertida puede ser hecha por las mismas razones o bien en la dirección precipitada de un hallazgo inesperado por ejemplo, el de una placenta de implantación por debajo del área de la incisión. El cirujano que había realizado una correcta incisión transversa tiene que realizar ahora una incisión vertical empezando en el centro de aquella. Esta incisión no suele cicatrizar bien y muy probablemente puede romperse en subsiguientes embarazos con tanta o más frecuencia que la incisión clásica.⁸

Los términos transperitoneal y extraperitoneal para la cesárea se refieren a la técnica utilizada para llegar hasta la pared uterina. La indicación para abordar la vía extraperitoneal se basa en la creencia de que ello reduciría la posibilidad de muerte por peritonitis en una paciente con el útero infectado. Se descarta sin embargo porque no aparece superior, ni que conlleve menos complicaciones que la vía transabdominal de abordaje del segmento uterino inferior.

Cirugía

La operación cesárea requiere los mismos cuidados preoperatorios que se realizan para una operación mayor, añadiendo además las consideraciones especiales referentes al estado del feto.

Una PA paciente que haya estado en trabajo de parto durante varias horas, puede mostrar signos de deshidratación o acidosis y esta situación debe ser corregida. Ya que la anemia es relativamente común en el embarazo, la

⁸ Dr. Maciel Núñez Eduardo GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA VOL. I edit. Cuellar S.A de C.V Guadalajara Jalisco.

determinación de hemoglobulina o hematocrito es importante antes de la operación. Se debe

disponer de sangre para una transfusión inmediata en el caso de riesgo de hemorragia.

Por otra parte, ya que la vejiga asienta en el campo operatorio es necesario sondear a la paciente antes de intervenirla. La paciente debe estar informada y recibir una explicación sobre el método y sobre los riesgos y las razones de la operación. Se debe contar con el permiso oficial para la realización de la operación, para la aplicación de la anestesia y sangre si fuera preciso, al igual que para realizar una histerectomía si llegara el caso y todo aquello que se considere necesario.

En el caso de que se tratara de una cesárea de repetición, el momento para su realización se elegirá una vez que se tenga constancia de que existe una madurez fetal suficiente. La muerte o daño derivado de un bajo peso fetal no diagnosticado, es siempre un riesgo para el feto en el caso de las cesáreas de repetición.

Antiguamente, el hecho de que una paciente se le permitiera comenzar el parto antes de repetir la cesárea, se hacía en orden a reducir el riesgo de un parto pretérmino. Hoy en día los procedimientos diagnósticos, como el ultrasonido y la determinación del cociente lecitina/esfingomielina del líquido amniótico (L/S), son indicadores seguros de la madurez fetal a consecuencia de un parto pretérmino en las cesáreas de repetición. El obstetra prudente utiliza los mejores métodos disponibles para demostrar la madurez fetal antes de la realización de una cesárea electiva.

Preparación

El ultrasonograma es fundamental en caso si éste no se realizó en forma seriada durante el embarazo, es de desear antes de operaciones no urgentes a fin de determinar la posición y el tamaño del feto, descartar anomalías macroscópicas o gemelaridad y determinar la localización de la placenta.

La preparación del abdomen incluye rasurar la piel del abdomen y del monte de Venus, limpiar el área quirúrgica con un jabón antiséptico y prepara la piel con un agente antiséptico tal como el yoduro no orgánico. Sobre el abdomen, se colocan unos campos estériles que circundan el área entre el ombligo y el monte de Venus. La utilización profiláctica de antibióticos.

Las pacientes que llevan mucho tiempo con ruptura prematura de membranas y que además han sufrido un largo trabajo de parto tienen una alta incidencia de infecciones tras la cesárea. En esta situación, la operación cesárea debe considerarse como otras intervenciones en las que puede ocurrir una grave contaminación de la herida quirúrgica. La utilización de antibióticos en las pacientes está indicada y no debe considerarse profiláctica.

En las pacientes a las que se le realiza una cesárea de repetición y no tienen complicación alguna.

La técnica cervical baja, que se prefiere para la mayor parte de las cesáreas, es más fácil efectuar si se han desarrollado los cambios del segmento uterino inferior del trabajo de parto temprano y el pliegue vesical del peritoneo ha avanzado hacia arriba; de ahí que, para la cesárea electiva repetida, puede ser deseable esperar el inicio del trabajo de parto.

La espera también asegurará que el feto ha alcanzado el máximo desarrollo antes del parto. En relación a la hora del día, no debe efectuarse en forma deliberada la operación durante las horas libres si puede proponerse con seguridad hasta que se disponga de todo el personal y de recursos de laboratorio completos.

Se deben tener a mano cuando menos dos unidades de sangre compatible antes de la cirugía en las situaciones siguientes: hemorragia activa, preeclampsia , sobre distensión del útero, coagulopatía y estimulación de oxitocina.

En ausencia de estas indicaciones, es improbable la necesidad de transfusión. De acuerdo a esto, con excepción de estas indicaciones, la mayor parte de los servicios obstétricos limitan en la actualidad la preparación de sangre preoperatoria a tipo y detección tipificación ABO/Rh, detección para anticuerpos inesperados y practican pruebas de compatibilidad de cruzadas sólo cuando la sangre se necesita realmente.

Elección de la incisión uterina y abdominal

La incisión transversa en el segmento uterino inferior es el método preferido y en él se basa la descripción de la técnica que se va hacer seguidamente. No hay duda de que la incisión clásica se asocia con una morbilidad tanto inmediata como tardía superior a la que se deriva de la incisión en el segmento uterino inferior.

Aunque embarazos posteriores la incisión segmentaria baja puede distenderse (stretch y llegar a desarrollar una estrecha ventana, no aún a producirse una dehiscencia, generalmente causa pocos problemas clínicos antes del término o antes de que se desencadene la dinámica uterina.

No ha podido constatarse una diferencia en cuanto a morbilidad subsecuente entre las incisiones transversas y verticales practicadas en el segmento uterino inferior, cuando la parte alta del segmento, esto es, es la que contacta con el cuerpo uterino, no se incide.

La incisión clásica sin embargo, puede producir una rotura dramática del útero en cualquier momento, pero sobre todo a partir de sospechar la mitad de la gestación, y tolerar peor la dinámica uterina. El riesgo tanto para la madre como para el feto que se deriva de esta incisión es francamente más alto.

La incisión abdominal más usual es la que se realiza en la línea media, aunque tanto la pararectal como la incisión de Pfannenstiel son usadas frecuentemente en algunas instituciones. La utilización de la incisión de

Pfannenstiel aumenta el tiempo que transcurre entre el comienzo de la cesárea como a las cesárea iterativas. Más aún, la repetición de esta incisión en embarazos posteriores puede de conducir a una alta incidencia de lesiones vesicales.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer si las infecciones vaginales como causa de la ruptura prematura de membranas en las mujeres embarazadas es un factor que determina concluir en Cesárea.

Objetivos Específicos

- A) Determinar cuáles infecciones vaginales son causas de ruptura prematura de membranas

- B) Determinar si la ruptura prematura de membranas es causa realizar una Cesárea.

Conocer si la Cesárea es el último recurso en la ruptura prematura de membranas

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación que a continuación se presenta sobre el tema de la cesárea ya que no siempre es fundamental su utilización es llevada con mucha frecuencia en la mayoría de los hospitales de nuestro país. Y se ha vuelto muy cotidiano su práctica. Por tanto la gran mayoría de las mujeres embarazadas y su posterior hijo son los que sufren consecuencias y complicaciones que se originan. A causa de esta técnica relacionando con esto las infecciones vaginales que se presentan durante el embarazo y son causa para que se pueda presentar una ruptura prematura de membranas.

se ha observado muchos casos de mujeres embarazadas prefieren que se les practique la Cesárea por sus costumbres y cultura que tienen para evitar el dolor que origine el parto otras veces es por parte del equipo médico para evitar la pérdida de tiempo y en lo nivel económico

HIPÓTESIS

Cuando la mujer presenta infecciones vaginales durante su embarazo un factor que son consecuencia de una ruptura prematura de membranas, no es obligatorio recurrir a una Cesárea para terminar el embarazo ya que existen otras técnicas que se pueda utilizar para ello como es el parto vaginal.

Variables

Variable independiente: infecciones vaginales

Variable dependiente: Cesárea

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA

Conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica, emplear los elementos como fuentes son constataciones de la actividad humana, que resulta en particular adecuadas para informar acerca de los hechos históricos y su comportamiento. La fuente es también cualquier resto de un hecho histórico que sirve para adquirir información sobre un suceso y su reconstrucción.

Estudio cuantitativo: la literatura en primer término no revela antecedentes sobre el tema en cuestión al contexto en el cual habrá de desarrollarse el estudio. En segundo término la literatura puede revelar que hay piezas y trozos de la teoría con apoyo empírico moderado. En tercer término nos revela la existencia de una o varias relaciones entre conceptos o variables. En cuarto término revela la existencia de una o varias teorías que se aplican a nuestro problema.

Esta investigación se basará en el estudio cualitativo porque se considera un tema que ya ha sido estudiado pero ahora se pretende explicar las necesidades de dicho tema. Lo cual se puede lograr mediante la observación. Exploración.

Cualitativo: consiste más que la revisión de la literatura en el trabajo de campo. E inicia como explorativa y descriptiva.

TIPO DE ESTUDIO

Es cualitativo al igual que el cuantitativo, la recolección de datos resulta fundamentalmente, solamente que su propósito no es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadístico.

Lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos que se convirtieran en información de personas, seres vivos, comunidades, contextos o situaciones en

profundidad; en las propias formas de expresión de cada uno de ellos. Al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones.

Esta clase de datos es muy útil para capturar de manera completa (lo más que sea completa) y sobre todo entender los motivos subyacentes.

La recolección de datos ocurre en los ambientes cotidianos o unidades de análisis.

Tenemos una investigación sobre mujeres embarazadas multigestas en Morelia Michoacán, el objetivo de la investigación es conocer si las infecciones vaginales como causa de la Ruptura Prematura de Membranas de las mujeres embarazadas es un factor que determina concluir en Cesárea.

SUJETOS A ESTUDIAR

A las mujeres embarazadas de 20 a 24 años multigestas que hayan presentado ruptura prematura de membranas y durante el embarazo presentaron infecciones vaginales y su embarazo haya terminado en cesárea.

UNIVERSO

Conjunto de datos que concuerdan con determinadas especificaciones, las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, lugar y tiempo. Es decidir si interesa o no delimitar la población si pretendemos que esto sea antes de recolectar los datos o durante el proceso.

MUESTRA

La muestra fue de 45 mujeres embarazadas las cuales fueron las que proporcionaron la información para recabar todos los datos ya existentes.

Unidad de análisis o conjunto de personas, contextos, eventos o sucesos sobre el cual se recolectan los datos sin que necesariamente sea representativa del universo. Subgrupo de población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población.

Para seleccionar la muestra lo primero que hay que definir la unidad de análisis (personas organizaciones comunidades, situaciones eventos). El sobre o quienes se van a recolectar datos del enfoque elegido (cuantitativo o cualitativo) del planteamiento del problema a investigar y de los alcances del estudio y esto nos lleva a delimitar la población y si pretendemos que esto sea antes de recolectar los datos durante el proceso. En los estudios cuantitativos por lo común la población o el universo no se delimitan, en los estudios cualitativos casi siempre si se delimitan.

En esencia, un subgrupo de la población que nos lleva a seleccionar un determinado grupo de personas para la investigación.

Existen básicamente dos tipos de muestras que son probabilística y no probabilística.

Esto se obtiene definiendo las características de la población, el tamaño de la muestra.

La muestra probabilística son esenciales en los diseños de investigación transeccionales cuantitativos, donde se pretende hacer estimación de variables en la población; estas variables se miden con instrumentos de medición y se analizan

con pruebas estadísticas para el análisis de datos, donde se presume que la muestra es probabilística y todos los elementos de la población tienen una misma probabilidad de ser elegidos. La precisión de dichos estimados depende del error en el muestreo, que es posible calcular, pues hay errores que depende de la medición y estos errores no se calculan probabilísticamente.

En la muestra se tomaran como un mínimo de 25 personas en donde se tomaran solamente a las pacientes mujeres embarazadas multigestas de 20 a 24 años que se les realizó cesárea, la cual se efectuara por medio de cuestionarios.

Este método se realizará por método probabilístico mediante la fórmula de método probabilística de LOURDES MOUNCH.

n = tamaño de muestra

p q = probabilidad + .5.6

z = nivel de confianza

e = margen de error

N = tamaño del universo

$$n = \frac{z^2 p q + N}{N e + z p q}$$

Donde n es el tamaño de la muestra para sacar el resultado de este se tiene que desarrollar esta fórmula que consiste en dividir el nivel de confianza que es z entre dos el cual es igual a 0.4.

Para seleccionar "n" se dé partir del desarrollo de la fórmula de Lourdes Mouch el cual da como resultado final 9.

$$n = \frac{(1.28)^2 (.5) (100)}{45 (.20)^2 + (1.63)(.5)(.5)}$$

$$n = \frac{(1.63) (.5) (.5) (100)}{100 (.20)^2 + (1.63) (.5) (.5)}$$

$$n = \frac{40.75}{40.40} = 1.0$$

Que redondeado nos daría a 1. Donde 1 sería el valor n.

Donde e es el margen de error el cual se tomo .2

N sería el tamaño del universo

Donde pq sería la probabilidad a favor o en contra.

La fórmula de intervalo consiste en dividir N entre n

PILOTAJE

La prueba piloto consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra cuyos resultados se usan para calcular la confiabilidad inicial y de ser posible, la validez del instrumento, las aplicaciones y los procedimientos involucrados deben analizar si las instrucciones son comprensibles y los ítems funcionan adecuadamente, además de evaluar el lenguaje y la redacción.

Los resultados se utilizan para calcular la confiabilidad y de ser posible la validez del instrumento, ya que esta prueba consiste en evaluar todo el procedimiento de medición.

Sin la aplicación de esta sería complicado saber si realmente el instrumento es confiable o si tiene validez por lo que es importante realizarse.

Y el pilotaje se realizó a las mujeres de estudio para la investigación y nos da los resultados correspondientes.

Además de los ítems con los cuales se sabe si fue válida o no ya que se deben tener más reactivos para que tenga mayor confiabilidad.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La confiabilidad se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales y es un instrumento de medición se determina mediante diversas técnicas.

La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

TÉCNICAS UTILIZADAS

Cuestionario fue el instrumento utilizado para esta investigación ya que se muestra un poco más confiable para sacar datos precisos y buenos resultados

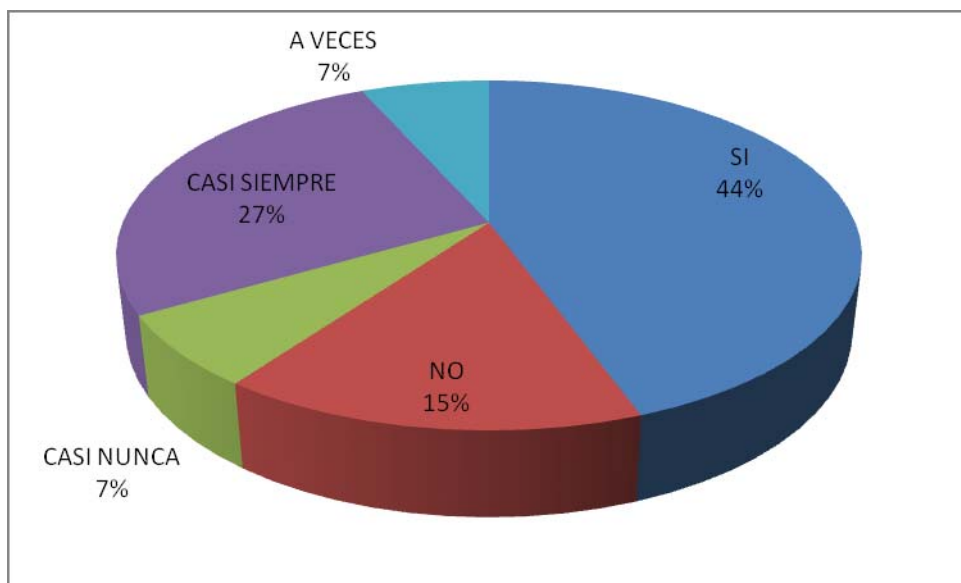
y la comprobación de la hipótesis de acuerdo a los parámetros de la investigación cualitativa.

Observación documental.

RESULTADOS DE ENCUESTAS

Instrumento principal

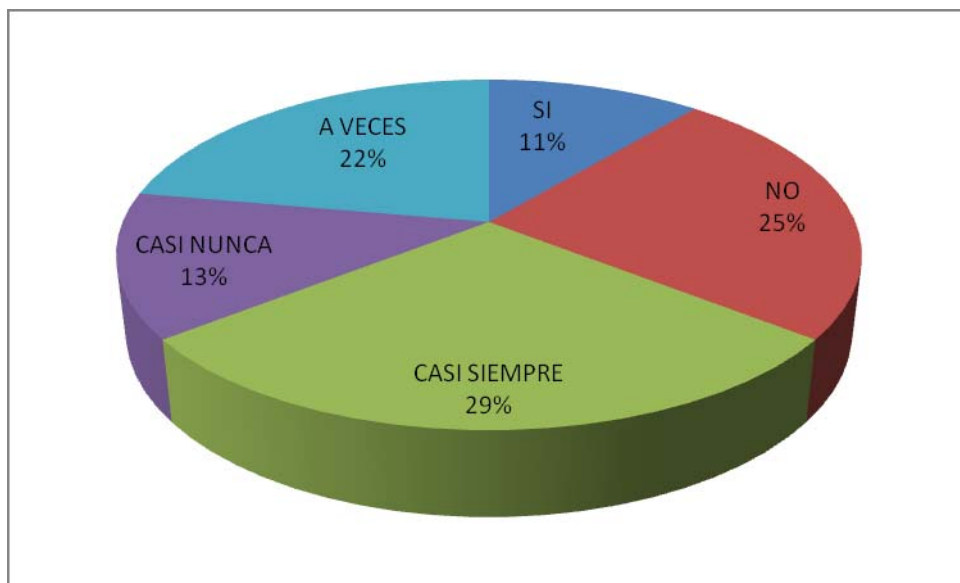
1.- ¿usted durante el embarazo presentó alguna infección vaginal?



Como podemos observar en la anterior grafica el mayor porcentaje es de 44% lo que quiere decir que la mayoría de las pacientes embarazadas han tenido infecciones vaginales durante su embarazo y el 7% de las mujeres contestaron que a veces 27% probablemente necesario.

Lo que nos indica que el mayor porcentaje de las mujeres embarazadas han presentado infecciones vaginales y que esto puede ocasionar una ruptura prematura de membranas y terminar con una cesárea si así lo requiere.

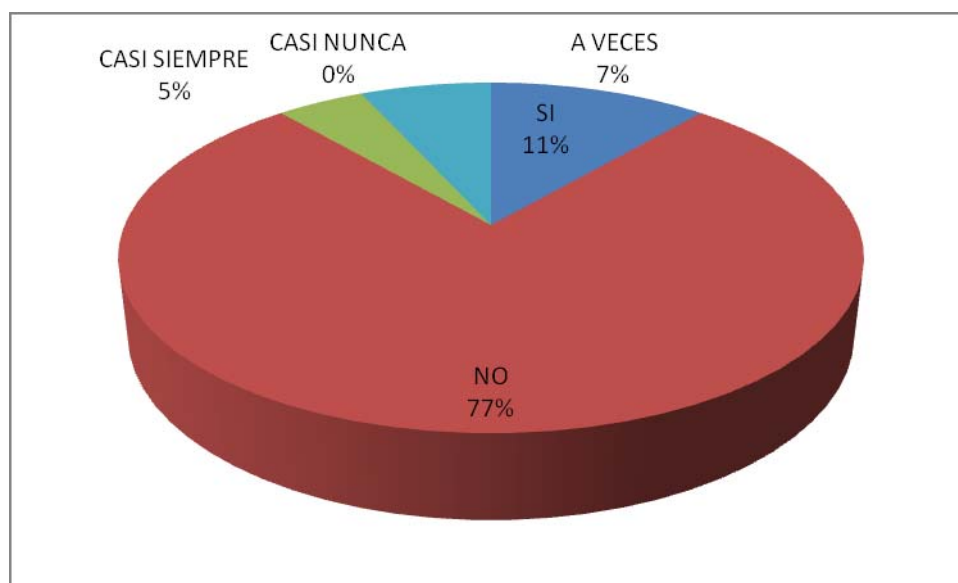
2.- ¿acudió a consulta con el Ginecólogo de inmediato al presentar infecciones vaginales?



En la presente gráfica podemos observar que el mayor porcentaje es de 29% lo que nos indica que casi siempre y el 22% a veces la mayoría nos indica que a veces acuden a consulta con el ginecólogo para su control prenatal de su embarazo.

Da a conocer que realmente no todas las mujeres acuden al ginecólogo cuando presentan una infección vaginal.

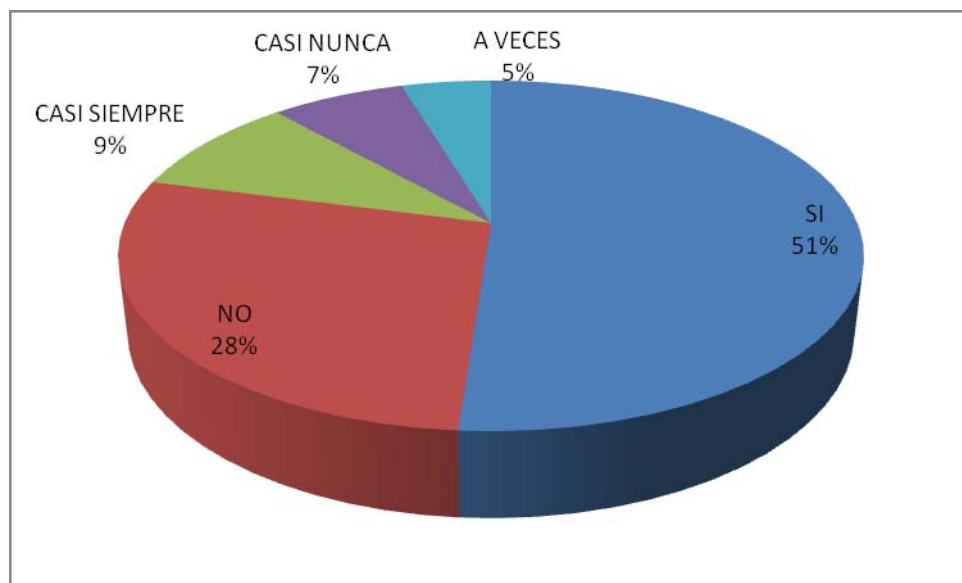
3.- ¿Considera usted que fue una causa las infecciones vaginales lo que provocó que le hayan realizado cesárea?



Se observan en la presente gráfica los porcentajes de cada una de las respuestas. El No obtiene el mayor porcentaje de 77% y el Si es de 11%. El casi siempre es 5%, casi nunca 0%.

Las mujeres comentan que fueron otros factores los que les provocó que se les haya realizado la cesárea pero que las infecciones no fueron la causa.

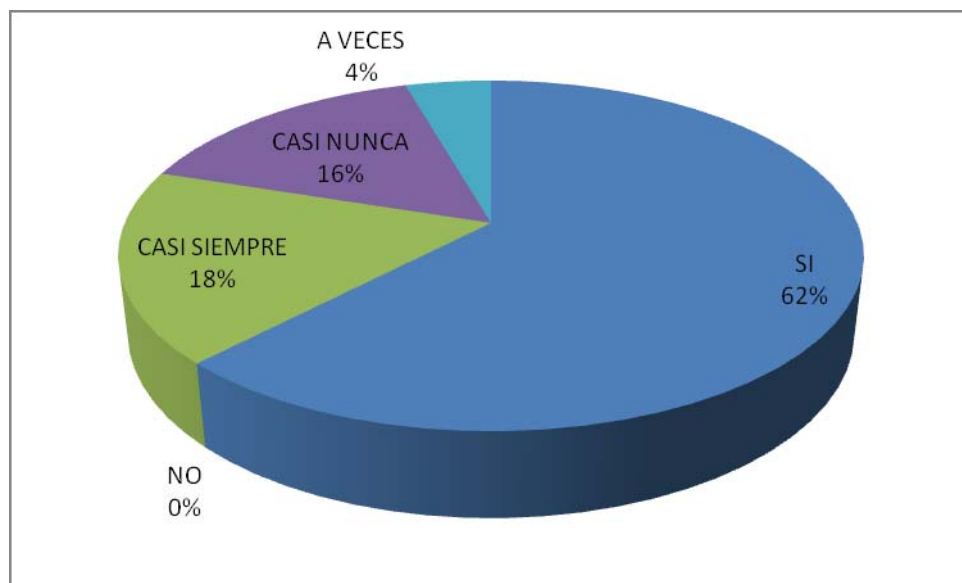
4.- ¿El Ginecólogo le informó que tipo de infección se trataba y que consecuencia podría traer para su embarazo?



En esta gráfica el mayor porcentaje es si con 51%, no obtiene un porcentaje de 28% lo cual nos indica que la mayoría de las mujeres son informadas por sus ginecólogos que tipo de infección es la que presentan.

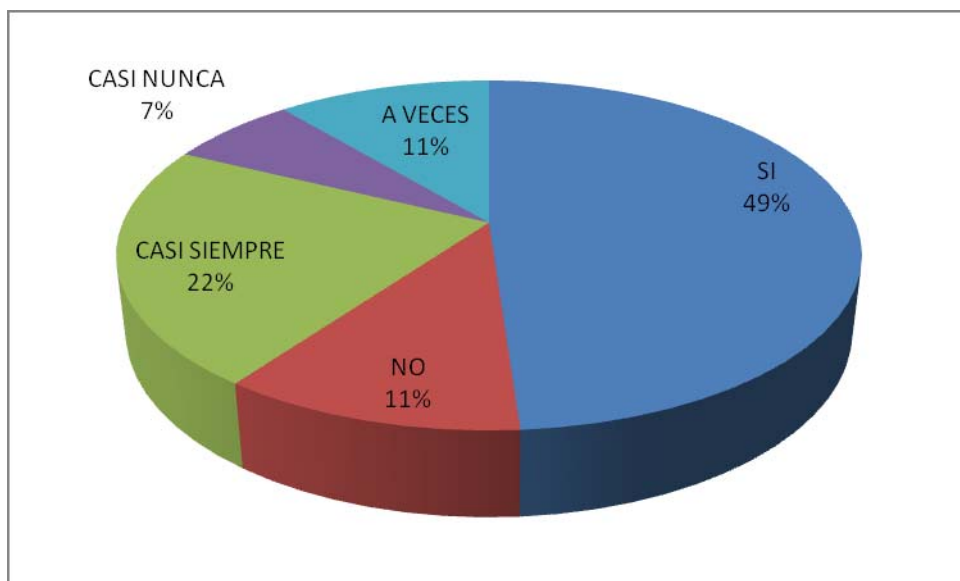
Tomar conciencia que por muy simple que sea la infección vaginal esto trae complicaciones para la vida del bebé.

5.- ¿Cuando usted presento rompimiento de la fuente acudió de inmediato al Doctor?



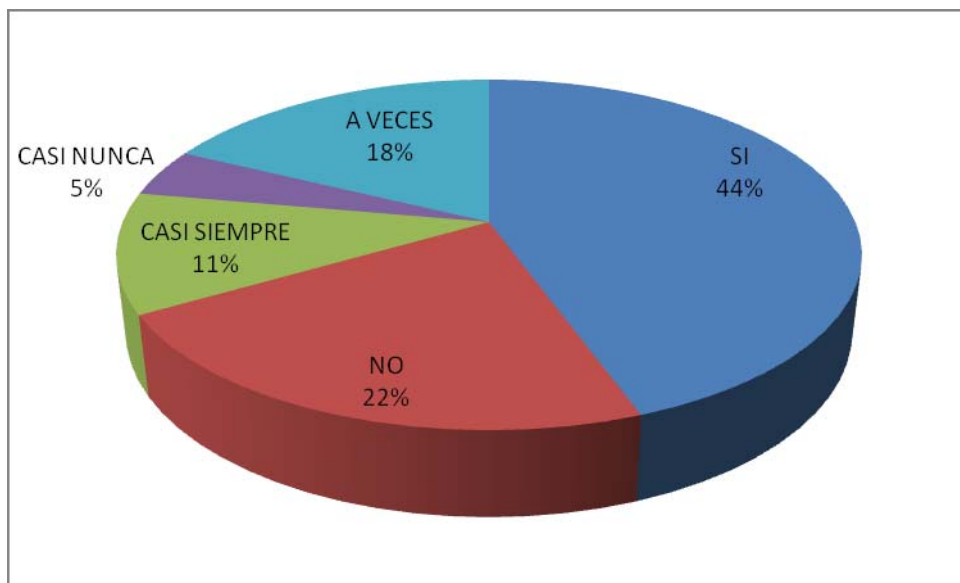
En esta gráfica el porcentaje mayor lo tiene el si con un 62% y el 18% casi siempre y el no obtiene un 0% esto quiere decir que la mayoría de las mujeres cuando presentan ruptura prematura de membranas de inmediato se dirigen a la clínica más cercana.

6.-¿Considera usted que por presentar rompimiento de la fuente se le haya realizado una cesárea?



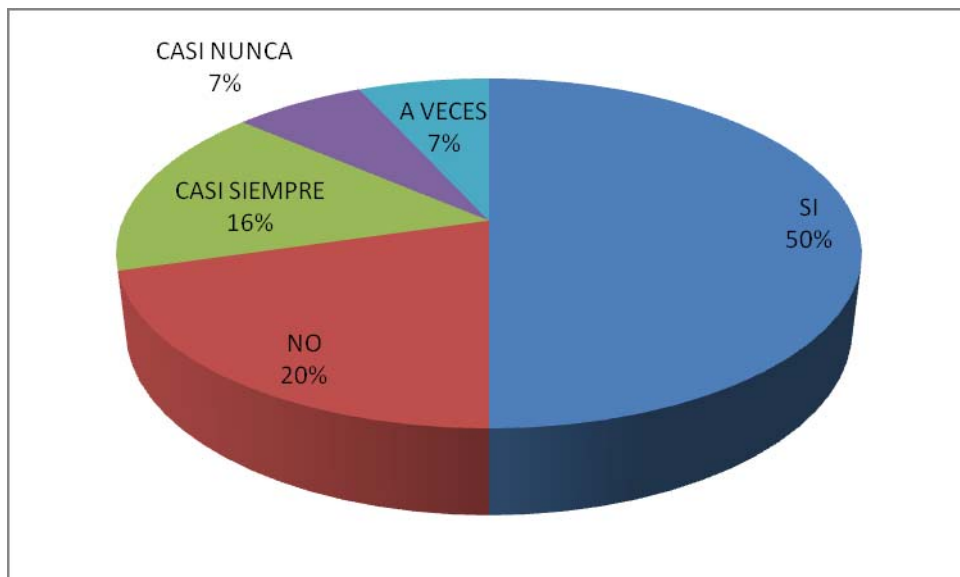
El 49% considera que si cuando se presenta una ruptura prematura de membranas en algunas ocasiones se necesita realizarse cesárea ya que pudiera ser una causa de infectar al feto y el 22% nos dice que casi siempre. Pero como podemos ver el 11% dicen que no es necesario sino esperar se realice el parto vaginal.

7.- ¿Ha escuchado usted alguna vez el término de cesárea?



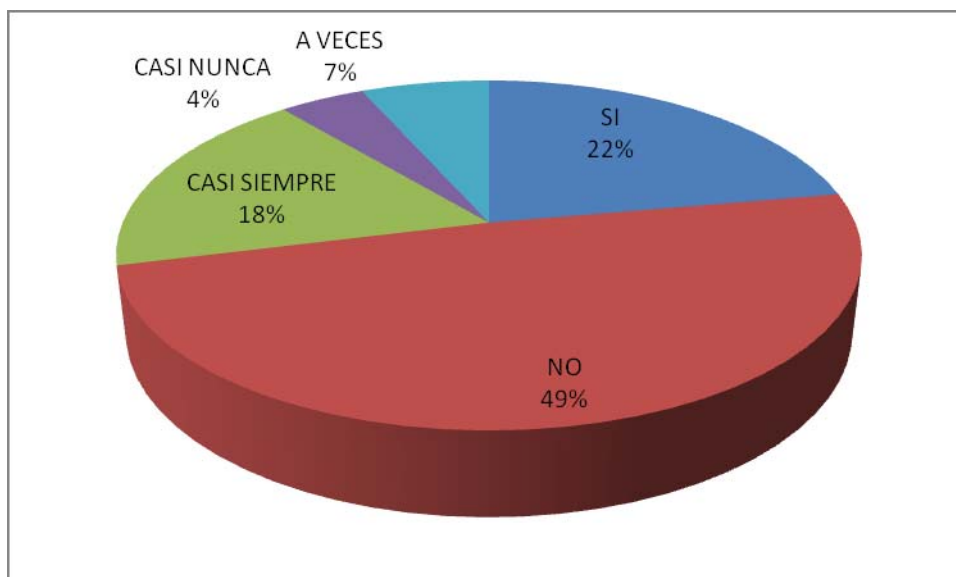
El término cesárea o la operación cesárea es cada vez más conocida en nuestros tiempos ya que se realiza en ocasiones no solo cuando es realmente necesario sin que muchas mujeres la prefiere para así no enfrentarse al trabajo de parto por lo que esta pregunta nos da un 44% en la opción sí. Y un 22% no un 18% a veces y un 11% casi siempre.

8.- ¿Considera usted que la cesárea es un procedimiento complicado tanto para su salud como para el bebé?



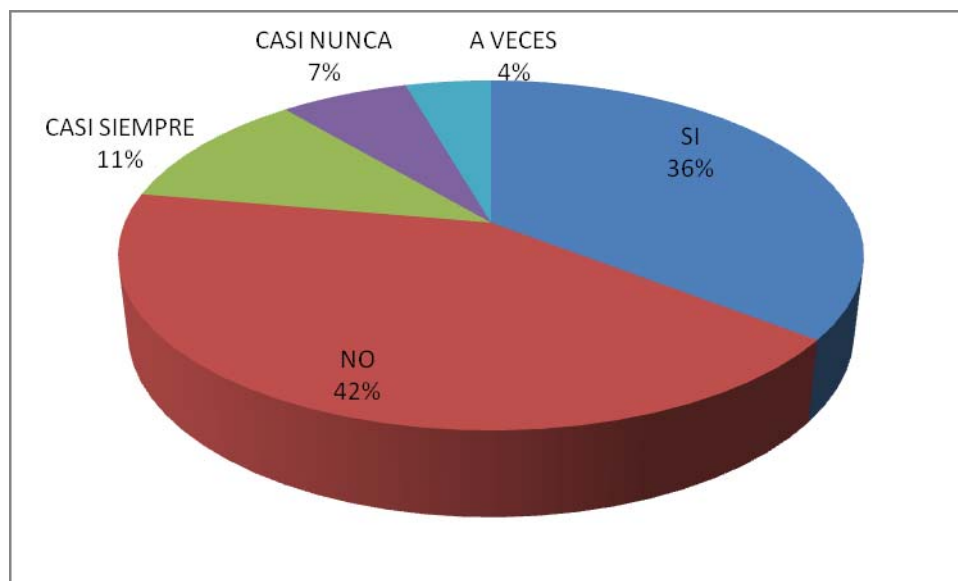
De acuerdo a la escala el 50% es si el cual indica que la operación cesárea puede tener muchas complicaciones como para la madre como para el hijo y un 20% opina que no siempre trae consecuencias la operación y el 16% opina que casi siempre existe complicación graves más para la madre ya que puede ocasionarse una infección en la herida.

9.- ¿Ha escuchado alguna vez las complicaciones que puede tener una cesárea?



En cuanto a esta pregunta que si ha escuchado alguna vez las complicaciones que puede tener una operación de cesárea el 49% la mayoría de las mujeres contestaron que no saben y un 22% contestaron que si esto quiere decir que aún en nuestro días las mujeres no están lo suficiente informadas sobre todo lo que puede ocasionar la cesárea.

10.- ¿Conoce los tipos de cesárea que existen?



En esta grafica nos podemos dar cuenta que solamente un 36% de las mujeres si saben cuáles son los tipos de cesárea que existen y la otra parte no con un 42%

Y otras si las conocen pero no por término médico sino por lenguaje vulgar.

CONCLUSIONES

La presente investigación trata acerca del procedimiento de la cesárea que se realiza en mujeres multigestas de 20 a 24 años cuando se presenta la ruptura prematura de membranas a causa de las infecciones vaginales la cual se realiza en el hospital de nuestra señora de la salud en Morelia Michoacán.

En el primer capítulo da a conocer los antecedentes históricos de donde proviene y cómo surgió el procedimiento de la cesárea que por muchos años se ha venido utilizando con la finalidad de disminuir las muertes maternas y fetales ya que anteriormente solo la utiliza en mujeres muertas pero cada día ha estado evolucionando hasta llegar a hacer de gran utilidad en el ramo de la medicina obstétrica en ocasiones la mujer embarazada es la que decide para que se le realice su objetivo es no sufrir con el trabajo de parto lo que no sabe que esto puede tener complicaciones y perjudicar tanto para ella como para el bebé ya que todo procedimiento quirúrgico tiene un alto riesgo y que puede también ocasionar la muerte materno-infantil.

Ya para concluir esta investigación el procedimiento de la cesárea es importante pero no en todos los casos debe utilizarse solamente cuando realmente requiera la paciente y no pueda tener un parto vaginal y siempre tener en cuenta sus riesgos y complicaciones que puede tener ya que si no se utiliza correctamente puede ocasionar un daño mayor o hasta la muerte.

En el capítulo dos se refiere de todo el marco teórico que conforman las variables su importancia que tienen en esta investigación, todo lo relacionado las infecciones vaginales, ruptura prematura de membranas y el procedimiento de la cesárea así mismo valorar para realizarla.

Y que la paciente tenga y lleve un buen control prenatal para que el ginecólogo mediante toda la historia clínica y estudios tanto laboratorio y gabinete puede

valorar si realmente puede realizarse la cesárea. Y que no tenga tantas complicaciones.

La hipótesis se comprobó ya que no en todos los casos cuando la paciente durante el embarazo se han presentado infecciones vaginales y trae como causa la ruptura prematura de membranas se debe realizar la cesárea este procedimiento debe ser valorado por el ginecólogo y también mediante una buena historia clínica completa puede determinar si realmente se necesita o se puede recurrir a un parto vaginal claro sin que esto pueda traer consecuencias tanto para la madre como para el feto.

Los objetivos se lograron ya que se llevaron a cabo para lograr la finalidad de comprobar la hipótesis.

SUGERENCIAS

A los Doctores especialistas ginecólogos que tomen en cuenta todos los estudios que necesita y que tenga una excelente valoración por su parte para que la mujer embarazada pueda ser sometida al procedimiento de la cesárea y se utilice el procedimiento solamente cuando realmente se necesite y no sea por beneficio propio y económico y ahorrar el tiempo ya que las perjudicadas son las pacientes.

ANEXOS

APENDICE

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.

DIRIGIDO: A LAS MUJERES DE 20 A 24 AÑOS MULTIGESTAS QUE SE LES HAYA REALIZADO EL PROCEDIMIENTO DE CESÁREA

1.- ¿usted durante el embarazo presentó alguna infección vaginal?

a)Si b)No c)Casi siempre d)Casi nunca e)A veces

2.- ¿acudió a consulta con el Ginecólogo de inmediato?

a)Si b)No c)Casi siempre d)Casi nunca e)A veces

3.-¿Considera usted que fue una causa las infecciones vaginales lo que provocó que le hayan realizado cesárea?

a)Si b)No c)Casi siempre d)Casi nunca e)A veces

4.-¿El Ginecólogo le informó que tipo de infección se trataba y que consecuencia podría traer para su embarazo?

a)Si b)No c)Casi siempre d)Casi nunca e)A veces

5.-¿ Cuando usted presento rompimiento de la fuente acudió de inmediato al Doctor?

a)Si b)No c)Casi siempre d)Casi nunca e)A veces

6.-¿Considera usted que por presentar rompimiento de la fuente se le haya realizado una cesárea?

a)Si b)No c)Casi siempre d)Casi nunca e)A veces

7.-¿Ha escuchado usted alguna vez el término de cesárea?

a)Si b)No c)Casi siempre d)Casi nunca e)A veces

8.-¿Considera usted que la cesárea es un procedimiento complicado tanto para su salud como para el bebé?

a)Si b)No c)Casi siempre d)Casi nunca e)A veces

9.-¿Ha escuchado alguna vez las complicaciones que puede tener una cesárea?

a)Si b)No c)Casi siempre d)Casi nunca e)A veces

10.-¿Conoce los tipos de cesárea que existen?

a)Si b)No c)Casi siempre d)Casi nunca e)A veces

BIBLIOGRAFÍAS

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

García Roing Félix, Gineco Obstetricia, the American Collage of Obstetricians and Gynecologist. Edit. Manual Moderno S.A de C.V Méx. D.F

Mendez Cervantes Francisco, Ginecología y Obstetricia, Tercera Edición, Edit. Méndez S.A de C.V.,

Queenan John t. Identificación del sufrimiento Fetal, Atención del Embarazo de Alto Riesgo,

Cunningham, F. Gary, Obstetricia, edit. Médica Panamericana, edición 21, México D.F

Rabago José, Manual de Obstetricia, Edit, Porrúa 1995 Méx, D.F

BIBLIOGRAFÍAS CITADAS

Ramírez Alonso Félix, Obstetricia para la enfermera profesional, Edit. El Manual moderno 2002, Méx.

Quilligan Edward J. Biblioteca Internacional de Ginecología y Obstetricia Operatoria, volumen 4, edit. Grupo Noriega, Méx D.F 1992

Hernández Sampieri Roberto, Metodología de la Investigación, edit. Mac Graw Hill. Méx D.F, 2003,

Romero Salinas Gerardo, Distocias de Contracción, Ginecología y Obstetricia AMHGO3, 2000, capítulo 4,

Eduardo Picazo Introducción a la Pediatría Mc Graw Hill México. D.f

Núñez Maciel Eduardo, Ginecología y Obstetricia 1, Edit.Cuellar,

Dr. Luis Castelazo Ayala Obstetricia Tomo II 6º. Edición México D.F