

11217-
61 A
20j

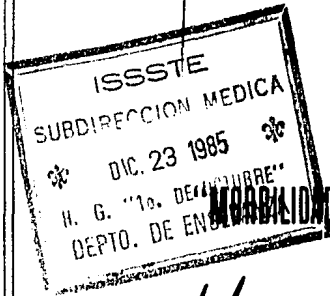


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado

Hospital General "1o. de Octubre"
I. S. S. T. E.

*11/2/85
Dr. Yasmín Pineda
Investigadora*



MOBILIDAD POR OPERACION CESAREA

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

TESIS DE POSTGRADO

DRA. YASMIN MIRANDA AGUILAR



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.,

1985



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 está 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.

MORBILIDAD POR OPERACION

CESAREA

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. MATERIAL Y METODOS	21
IV. OBJETIVOS	23
V. HIPOTESIS	24
VI. RESULTADOS	25
VII. CONCLUSIONES	43
VIII. COMENTARIO	49
IX. BIBLIOGRAFIA	53

I. INTRODUCCION.

En la obstetricia actual, que ha tenido una evolución ascendente, con participación activa de la perinatología, y otra serie de variantes importantes, notamos el incremento en el uso de la operación cesárea, hasta el punto de llegar a ser en algunos centros hospitalarios importantes, alrededor del 40 a 41% como vía de resolución del embarazo de las pacientes ingresadas (1). Por lo tanto, reviste un tema de especial interés, el análisis estadístico de la morbilidad por operación cesárea en nuestro medio y más particularmente en nuestro Hospital General "10. de Octubre", dado que la intervención conlleva un riesgo, así como la posibilidad de dejar complicaciones, y aún más, secuelas. Por lo tanto, este estudio está encaminado a mostrar de una forma estadística, que la resolución de un número elevado de embarazos se lleva a cabo por medio de la operación cesárea, y sabemos que ésta en determinadas ocasiones puede crear complicaciones y problemas de otro tipo, como es la estancia hospitalaria, etc. Pero también este estudio, tiene el propósito de mostrar la o las causas de morbilidad por operación cesárea en nuestro medio.

Se menciona el concepto de cesárea, así como algunos datos sobresalientes en su historia.

Se trata de un grupo de pacientes estudiadas durante un año, tomando como variantes principales la edad y el número de gestaciones de donde se desprenden otras observaciones que serán mencionadas en el curso del desarrollo del estudio.

Posteriormente se analizan los resultados obteni-

dos en nuestra población, haciendo una comparación con los resultados reportados en la literatura, llegando a concluir de qué manera los condicionantes de la operación cesárea influyen en nuestro medio.

II. ANTECEDENTES.

CONCEPTO DE CESAREA:

Caesare o del latín caedere, cortar. Se refiere a la obtención del feto a través de la pared abdominal y con incisión del útero, cuando la vía natural de obtención se encuentra impedida.

HISTORIA:

Clásicamente se ha dicho que Julio César, nació de esta manera, sin embargo, cabe ampliamente la duda ya que Aurelia, su madre, vivió muchos años posteriormente y dada la medicina de aquéllos tiempos es poco menos que imposible que la madre sobreviviera (3). Young (3) mismo sugiere que el término cesárea deriva del verbo latino caedere, que significa cortar, y por lo tanto simplemente implica parto por corte, lo cual es muy probable, ya que los niños nacidos de madres muertas por sección abdominal eran conocidos como "caesones". Por otra parte, en 717 A.C., Numa Pompilio, Rey de Roma, promulgó una ley incluida en la Ley Regia en la cual se prohibía enterrar a una mujer embarazada, hasta que el niño era extraído de su vientre, con el objeto de que la madre y el niño, si éste moría, pudieran ser enterrados separadamente (4).

Rousse (5), (1581), usó por primera vez el término "nacido por cesárea", en su libro publicado en 1591; y el primero que usó el término "sección" fue Jacques Guillemeau en su libro de obstetricia publicado en 1612

La primera operación cesárea se desconoce, ya que entre los hindúes primitivos y los egipcios, es imposible averiguar cuándo se llevó a cabo por primera vez y si fue una mujer viva o después de muerta.

Antes de 1500, la operación fue practicada post-mortem, con el fin de salvar al niño. El primer niño nacido vivo es el de Georgias, célebre autor de Sicilia, en 508 A.C. (6).

El primer intento en una mujer viva europea, fue en 1500, cuando Jacob Nufer, capador de cerdos, usando una navaja ejecutó la operación en su mujer, que sobrevivió.

En el siglo XVI, se llevó a cabo la primera cesárea por un médico práctico, llamado Guillemeau; pero el primero reportado fue por Trautmann de Wittenberg, muriendo la madre a los 25 días después de la operación.

El primer caso exitoso fue llevado a cabo en Gran Bretaña por una comadrona llamada Mary Donnelly, practicada en Alice O'Neale de 33 años, utilizando una navaja y suturando el abdomen con seda y una aguja de sanstre dejando como secuela una hernia ventral únicamente.

Hacia el año de 1880 Thomas Radford de Manchester, publicó 131 cesáreas con una supervivencia de 23, es decir 83% de mortalidad materna (7).

La incisión en el segmento inferior de forma transversa fue sugerida por Jhonson de Londres, pero se llevó a cabo un siglo después por F.A. Kehrer (1881), de Heidelberg.

Posteriormente se ejecutó la operación a nivel del segmento inferior, pero en forma vertical, hasta que el profesor Porro de Pavia (1876), postuló una nueva técnica, en donde posteriormente a la cesárea se procedía a la extracción del útero y sus anexos, dejando únicamente la porción cervical (8). Pero tan solo

6 años después Kehrer (1881) y Sanger (1882), inician la práctica de la sutura del útero, disminuyendo importantemente la mortalidad y morbilidad, siendo tradicionalmente conocida o más popularizada como incisión de Kerr, la transversal a nivel del segmento uterino inferior (9). Esto último aunado con la técnica de Sanger, que consistía en suturar el útero en dos planos invirtiendo los bordes, hacen disminuir la mortalidad hasta un 5%.

La evolución posterior en cuanto a técnicas y manejo ya corresponde a un plano de estudio más actual.

TIPOS DE OPERACION CESAREA:

En la actualidad los tipos de operación cesárea utilizados son 4:

1). Sección cesárea clásica: es la más sencilla de ejecutar, se asocia con mayor pérdida sanguínea y deja una cicatriz que puede romperse en un embarazo ulterior; las indicaciones actuales son únicamente la placenta previa y la situación transversa, así como las adherencias que ocultan totalmente el segmento uterino inferior. La técnica es la siguiente: ya abierta la pared abdominal y peritoneo en la forma convencional acostumbrada (preferentemente por incisión media), se practica una incisión vertical en el cuerpo uterino utilizando un escalpelo para entrar a la cavidad uterina y se agranda la incisión con tijeras haciendo se de aproximadamente 12 a 15 cm., puesto que la incisión está relativamente alta en el útero, rara vez es accesible la cabeza, por lo tanto se sujetan los pies y son extraídos; el resto del cuerpo se obtiene utilizando las maniobras acostumbradas para el parto pélvi

co. Después de la extracción de la placenta y las membranas, la reparación uterina se lleva a cabo con 3 capas de catgut crómico No. 1 para las dos capas más profundas y No. 0 para la más superficial y la unión de los bordes de la serosa, ésto con sutura continua, dando los puntos más superficiales de tipo "béisbol", para evitar al mínimo la hemorragia. (10,11,12)

2). Sección cesárea cervical baja: una vez abierta la cavidad abdominal y el peritoneo parietal, se procede a tomar e incidir el repliegue vesical del peritoneo con tijeras, se separa digitalmente la vejiga del tejido areolar laxo, manteniendo la vejiga separada por medio de un retractor practicándose una incisión transversa, de 2 cm., de longitud a través de la pared uterina justamente a nivel del segmento uterino inferior, se agranda la incisión mediante tijeras en forma de media luna, que se extiende superiormente en los extremos laterales, para evitar los vasos uterinos. Se toma con facilidad la cara del producto, la cual es girada hacia la incisión, calzada y se procede entonces a la extracción del producto en la forma acostumbrada en un parto normal. Una vez extraída la placenta y las membranas, revisada la cavidad uterina, se procede a la reparación utilizando dos capas de catgut crómico No. 1 con surgete continuo y continuo anclado consecutivamente. El repliegue peritoneal es suturado ya sea al colgajo peritoneal superior y menormente a la pared uterina anterior, inmediatamente arriba de la incisión uterina. Con la involución, la incisión uterina, se desplaza hacia abajo en la pélvis. El ligero escape, la incisión si existe, se confina a los espacios retroperitoneales (10, 11, 12).

Ahora bien, en comparación estas dos técnicas tenemos que en un embarazo ulterior, el dolor en la zona de la cicatriz puede sugerir dehiscencia. Alrededor del 20% de todas las rupturas de cicatrices uterinas ocurren antes del inicio del trabajo de parto. La morbilidad de ruptura es alrededor de 1-2% de las cicatrices clásicas y de 0.5 a 1% en la cesárea cervical baja. Cuando la ruptura es en el cuerpo, es grave e involucra importantemente al producto con alta mortalidad, cuando la ruptura es en el segmento inferior, suele ser sutil y el signo predominante es el dolor y la morbilidad y mortalidad perinatal es mínima (10).

3). Sección cesárea de segmento inferior extraperitoneal: es una técnica ya muy poco utilizada, no obstante todavía hay quien la practica en los casos que requieren cesárea en presencia de infección. La forma de abordaje del peritonéo es corriendolo hasta llegar al repliegue vesicouterino hasta donde se corre el peritonéo, se localiza entonces el segmento inferior y se realiza la misma técnica anterior. Esta técnica conlleva la responsabilidad de ser un acto mucho más tardado y además en las mejores manos, con frecuencia se rompe el peritonéo. (11, 12).

4). Cesárea-histerectomía: de entre las indicaciones más frecuentes encontramos un sangrado de origen uterino incohercible, un útero potencialmente infectado, o realmente infectado o bien ya sea una ruptura uterina de reparación inútil o imposible, tumoraciones grandes, problemas de placenta accreta, etc. Actualmente se acepta ampliamente la preferencia por la histerectomía total, a menos que la extracción cervical implique un riesgo debido a problemas técnicos difíciles. Los

aspectos técnicos de la histerectomía en el tiempo de la operación cesárea, no difieren básicamente de los de la histerectomía clásica, excepto en que las estructuras y los planos están muy vascularizados y los tejidos muy friables. Requiriéndose en este acto hasta en un 90% la reposición de sangre(10).

INDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA:

La operación cesárea se emplea en pacientes en quienes el parto vaginal no es posible o impondría riesgo indebido sobre la madre o el lactante, por lo tanto, algunas de las indicaciones son claras y absolutas y otras son relativas. Para fines concretos las dividimos en causas de origen materno y causas de origen fetal, a saber:

a). Causas maternas:

- 1). iterativa,
- 2). distocia ósea,
- 3). distocia de contracción.
- 4). distocia de partes blandas: edema
tumor previo.
- 5). sangrado: placenta previa
desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Isoinmunización materno-fetal.

diabetes

preeclampsia y eclampsia.

6). Enfermedades generales:

nefropatías

neoplasias

neumopatías.

Postmortem

primigesta añosa
esterilización

- 7). Otras: operaciones ginecológicas previas
producto valioso.

b). 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). brevedad de cordón
isoinmunización materno-fetal
- 8). otras: retardo en el crecimiento
muerte habitual "in útero"
embarazo prolongado.

En el presente estudio la clasificación (13), a seguir es teniendo como división principal la cantidad de gestas de las pacientes, pero con los parámetros antes mencionados, además de tomar en cuenta otras variantes que serán enunciadas durante el desarrollo del estudio.

Por lo tanto cabe mencionar a manera de revisión las causas más frecuentes:

Cesárea iterativa:

Debe efectuarse siempre que exista el antecedente de dos ó más cesáreas previas (13), que según reporta Williams es de 15.7% (11), y según reporta Dey es de un 12% (14). También cabe mencionar que estadística-

mente se reporta hasta un 12 a 15% de SIFI yatrógeno por falla de la determinación fetal en los productos (15), según reporte de la literatura.

DISTOCIA OSEA: (DCP).

Estos son los casos en los que la cabeza fetal es demasiado grande para pasar a través de la pélvis; puede identificarse a veces al inicio del trabajo de parto, mientras que en otras se deberá dar una prueba de trabajo de parto. La desproporción cefalopélvica, puede ser del estrecho superior y diagnosticarse con precisión mediante pelvimetría radiológica y cefalometría, se sospecha cuando la cabeza fetal al llegar a término en una primigesta no se ha encajado y el diámetro más importante es el transverso máximo de la pélvis. Una desproporción media se sospecha cuando el diámetro anteroposterior es corto y las espinas muy prominentes con un producto de peso medio, aproximado de más de 3 kgs. La desproporción del estrecho inferior generalmente se sospecha al haber un período expulsivo prolongado y una prueba de fórceps fallida, la pelvimetría radiológica es insatisfactoria, según Williams (11) es de un 23.8% en este último caso en particular.

DISTOCIA DE CONTRACCION:

La inercia uterina primaria o secundaria a posiciones fetales anómalas es una indicación frecuente para cesárea; cuando el cérvix no se dilata a una velocidad de un centímetro por hora, debe sospecharse la posibilidad de trabajo de parto obstruido o disfuncional, para esto es de utilidad el partograma, en especial cuando

se utiliza el modelo de Studd (10). Según Williams se encuentra en un porcentaje de 6.3% (11).

DISTOCIA DE PARTES BLANDAS:

Es frecuente encontrar distocia de partes blandas en los centros hospitalarios de adiestramiento médico, ya que la frecuente revisión y la falta de experiencia lastiman los tejidos blandos, creando un proceso inflamatorio en el cérvix y la vagina. Así como la presencia de tumor previo en el canal del parto, así como el cancer cervicouterino y la cirugía previa de cérvix (Manchester, cerclaje de tipo Shirodkar) (13).

PLACENTA PREVIA:

Se incluye dentro del capítulo de indicación cesárea por hemorragia. En un embarazo más allá de la semana 36 o cuando la hemorragia uterina es importante, debe efectuarse operación, si mediante los estudios acostumbrados encontramos que la placenta cubre más del 30% del orificio externo. Generalmente en estos casos la operación requiere premura, dado que se trata de un cuadro de hemorragia aguda y en ocasiones choque hipovolémico. Según Williams el porcentaje es de 6.9% (11).

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA:

Siempre que se sospeche esta patología, deberán romperse las membranas, cuando el desprendimiento es moderado, es decir, más de una cuarta parte, pero menos de dos terceras partes de la superficie de la placenta, podrá optarse por la conducta espectante o decidir de inmediato una operación cesárea, pero si el

parto es improbable que ocurra antes de 2 horas, deberá optarse por la operación cesárea de inmediato. Cuando el desprendimiento es intenso, es decir separación de dos terceras partes de la superficie placentaria, deberá optarse de inmediato por la operación cesárea, salvo en los casos en que el producto ya no viva y la actividad uterina se mantenga en forma adecuada y sea inminente un parto antes de dos horas. Se reportan cifras en frecuencia de 4.9% (11), habiendo variaciones en los resultados como Septiem (16), que reporta cifras de 0.2 a 2.6%.

INMUNIZACION MATERNO-FETAL:

Cuando se observan valores decrecientes de estriol urinario, así como signos de alarma de eritroblastosis fetal, tales como los que se pueden apreciar o sospechar mediante el estudio de la densidad óptica del líquido amniótico, en donde, dependiendo de la desviación óptica, se traspolo al esquema pronóstico de Liley que consta de tres zonas y refleja la magnitud del daño renal placentario y de insuficiencia cardíaca, que va originando el cuadro de hidropis fetal culminando con la muerte del producto. Por lo tanto, deberá decidirse cuándo extraer al producto y sólo si las condiciones del mismo lo permiten, se iniciará una inducto conducción, pero siendo ésto poco frecuente y tratándose generalmente de productos valiosos, deberá optarse por la operación cesárea, se reporta una frecuencia en la literatura de 1.0% (11).

DIABETES MELLITUS:

Dados los índices decrecientes de estriol urinario

seriados, generalmente se decide la extracción del producto, aunado con el estudio de la reserva feto-placentaria (que hace posible conocer por medio de los registros tococardiográficos, la capacidad de oxigenación y aporte sanguíneo al producto a través de la placenta en condiciones de reposo y en condiciones de contracción uterina), que generalmente es baja, también como las condiciones de la madre generalmente no son adecuadas para soportar una inducción y un trabajo de parto, por lo tanto se opta por la operación cesárea.

PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA:

Cuando el estado de la paciente y la reserva fetal del producto lo permite, con el manejo médico correspondiente, será indicativa la inductoconducción y cuando ésta no es posible, se practica el procedimiento quirúrgico de cesárea. Hay que mencionar que la morbilidad neonatal aumenta hasta en un 5.45% a 13.18%, pero no así la mortalidad neonatal, según lo reporta López Llera (17). Pero Williams reporta una cifra de 3.3% (11), con un índice de hipertensión crónica en un 1.3%.

NEFROPATIAS, NEOPLASIAS Y NEUMOPATIAS:

Estas enfermedades ya de por sí son un riesgo elevado tanto para la madre como para el producto, que dependiendo del grado de severidad y las condiciones del binomio materno-fetal, serán indicativos de una extracción más o menos apresurada del producto. Dado el elevado riesgo la vía de extracción idónea, salvo en algunos casos particulares, será la extracción suprapúbica. Así se reportan en las estadísticas como misceláneos dando un porcentaje global de 6.7% (11).

POSTMORTEM:

Rarísimos casos, en los cuales no es posible conservar la vida de la madre y en un intento desesperado en un producto con posibilidades de viabilidad, se intenta la extracción suprapúbica inmediata. Estos casos se daban con más frecuencia anteriormente y aún más en la antigüedad, como ya fue descrito anteriormente.

PRIMIGESTA AÑOSA:

Con el paso del tiempo se va haciendo más frecuente esta indicación para efectuar operación cesárea, ya que las condiciones físicas de la mujer, pasada la juventud, se encuentran deterioradas en la mayoría de los casos, que imposibilitan un trabajo de parto óptimo y que generalmente comprometen al producto, amén de que este también se encuentre con un compromiso de reserva fetal, más o menos variable. Así se dan cifras de frecuencia de 1.7% (11).

En este punto habría que englobar a la indicación conocida como "producto valioso", que más bien es una indicación de criterio, pero que es lógico que después de una espera de varios años o muchos años por un producto de término, que con frecuencia involucra una edad avanzada de la madre, se practique una operación cesárea con el fin de evitar problemas fetales durante el trabajo de parto, y principalmente durante el período expulsivo. (13).

PRIMIGESTA JOVEN:

Indicación poco frecuente en donde una joven, a veces aún en edad adolescente, se embaraza y como sus condiciones de desarrollo físico no son todavía las adecua

das, no será posible esperar un parto normal con un producto de término, pues impondrían un compromiso importante tanto a la madre como al producto (18).

ESTERILIZACION:

En ocasiones cuando no existe una indicación muy clara para realizar una operación cesárea, se toma como argumento la necesidad de esterilización de la paciente, motivo que no es válido, pero sí es socorrido con regularidad.

OPERACIONES GINECOLOGICAS PREVIAS:

La más frecuente y que obliga a efectuar una operación cesárea, es la colpoperineorrafia previa, así mismo operaciones uterinas previas (por ejemplo: extracción de miomas), que han dejado una cicatriz importante en el cuerpo uterino y que conllevan un elevado riesgo de ruptura uterina si se expone a un trabajo de parto, etc. (13). Encontramos esta causa hasta con una frecuencia de un 3.1% (11).

Dentro de las causas fetales, se encuentran consideradas las siguientes:

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO:

En la obstetricia moderna, el registro de la actividad fetal, por medios electrónicos antes del trabajo de parto y durante el mismo, han permitido detectar problemas fetales, que de otra manera pasarían inadvertidos por lo tanto es lógico que aumente el número de cesáreas por sufrimiento fetal (10). La frecuencia es según Williams de 8.7% pero según Magloire es de 6.7% (18), siendo más frecuente en primigestas y grandes mul

típaras.

SITUACIONES ANOMALAS:

Aquí encontramos con alguna frecuencia la situación transversa que conlleva una elevada frecuencia de trauma obstétrico y fetal, dada la dificultad en la extracción y el uso de maniobras bruscas (19), mencionándose también su frecuencia mayor en las grandes múltiparas y en las múltiparas. Williams reporta una frecuencia de 11.2% (11).

PROLAPSO DE CORDON:

Una situación triste que se presenta como un accidente cuando ha habido ya ruptura de membranas con o más frecuentemente sin trabajo de parto, que requiere una intervención de inmediato y participación inmediata del equipo perinatal, lo encontramos con una frecuencia según la literatura de 3.6% (11). Habiendo de recordarse en todo momento que deberá mantenerse digitalmente rechazado el cordón umbilical y en posición de tren-delemburg a la paciente hasta que se lleve a cabo la operación cesárea (10).

VICIOS DE PRESENTACION Y MALFORMACIONES FETALES:

Los vicios de presentación tales como la presentación pélvica, de cara y frente, son más frecuentes en las pacientes primigestas según Day (20), teniendo que conocer antes de efectuar la intervención las condiciones precisas del producto ya que con alguna frecuencia se acompañan de malformaciones fetales. Las presentaciones como la de frente y de cara suele detectarse posterior a presentarse un problema de trabajo de parto -

obstruido y por lo tanto generalmente con compromiso fetal, por un trabajo de parto prolongado y con agotamiento materno en un período expulsivo prolongado, ya de por sí son indicación de una intervención cesárea. También así las presentaciones compuestas, salvo aislados casos, deberán ser tratadas mediante operación cesárea. (10).

EMBARAZO GEMELAR:

Es una indicación absoluta en una paciente con pelvis dudosa, primigesta, con ambos productos cefálicos, siendo también absoluta cuando un producto es pélvico y el otro cefálico o los dos pélvicos en cualquier paciente independientemente de su número de gestaciones (11, 10).

BREVEDAD DE CORDON:

Es una causa poco detectable antes de la intervención pero que se traduce clínicamente en un trabajo de parto estacionario u obstruido con algún problema de compromiso fetal. (13).

Otras patologías como es la isoimmunización materno-fetal, ya ha sido mencionado. El retardo en el crecimiento fetal, generalmente responde a una patología previa definida y generalmente ocasionada por una enfermedad sistémica de fondo o aún por causa del mismo embarazo (por ejemplo: toxemia), y que se traduce en un problema de compromiso feto-placentario, de importancia ascendente que obliga necesariamente a una extracción suprapúbica ya que no es posible para el producto o la madre, soportar el stress del trabajo de parto y período expulsivo. La muerte habitual "in útero", es una patología que en un amplio margen tiene como origen problemas

de índole genético y/o hereditario que hacen del producto, un producto valioso y que dadas las condiciones previas de muerte súbita, es causa de que muchas ocasiones se decida extraer al producto por vía suprapúbica para evitar todo tipo de stress al producto, conservando lo mejor posible su vida y posteriormente completar su estudio genético y hereditario, así como para mejorar su estado de salud (13).

El embarazo prolongado que es poco frecuente y que una vez diagnosticado obliga a investigar mediante pruebas de stress o sin ellas, la magnitud de la reserva fetal disminuída, o bien por una inductoconducción fallida (10,11).

COMPLICACIONES:

Existen múltiples causas siendo la mortalidad muy baja hasta de 0.4% (13) y depende fundamentalmente de factores como la anestesia, las transfusiones de sangre incompatible, reacciones anafilácticas farmacológicas, malas condiciones maternas en el momento de realizar la cesárea y a la causa o distocia que motivó la cesárea. Siendo sin embargo, la morbilidad mayor o alrededor de 20% (13), correspondiente a infección de la herida quirúrgica con o sin dehiscencia, endometritis, pelviperitonitis, hematoma en el ligamento ancho, entre otras.

Se alude que las complicaciones se presentan por múltiples factores, siendo los principales aquéllos que afectan la curación de la incisión uterina, la hemostasia, precisión de la posición, calidad y cantidad del material de sutura, prevención de infección y estrangulación de tejido, etc. (10).

También habría que señalar que la morbilidad por operación cesárea comprende el mayor costo de la asistencia, la prolongación de la permanencia intrahospitalaria, así como las complicaciones anestésicas y quirúrgicas directas, que se calculan entre 33 y 50% (11), incluyendo infecciones de vías urinarias, pélvica y de extremidades inferiores, hemorragia, formación de hematoma, traumatismo de vejiga o intestino y embolia pulmonar. La secuela de hipertermia secundaria e infección en el sitio operatorio se observa en un 25 a 50% (21). Williams menciona en un estudio hecho en la Universidad del Norte de Carolina, que los factores de riesgo para la madre en orden de frecuencia son los siguientes:

1. Anemia preoperatoria, con hematocrito de 30% o menos,
2. Uso de anestesia general,

3. Obesidad materna y

4. Parto, siendo la correlación significativa desde el punto de vista estadístico. En este último punto se deberá comprender todas aquéllas eventualidades que se pueden presentar durante el trabajo de parto.

La amplia descripción de la nosología de las complicaciones no se desglosa más ampliamente, ya que no es el objetivo del presente estudio.

III. MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio en un período de tiempo de un año, que comprende desde el 1o. de enero de 1983 al 31 de diciembre del mismo año.

Durante este período de tiempo, fueron intervenidas por operación cesárea un total de 1230 pacientes, recopiándose un número de expedientes de 904.

El estudio se realizó en el archivo clínico del - Hospital General "1o. de Octubre", por un período de 4 meses. Siendo un estudio retrospectivo, en que se tomaron como variantes, a saber se dividen primariamente en tres grandes grupos:

Primigestas: una sola gestación.

Secundigestas y multigestas: 2 a 5 gestaciones.

Grandes multíparas: de 6 gestaciones en adelante.

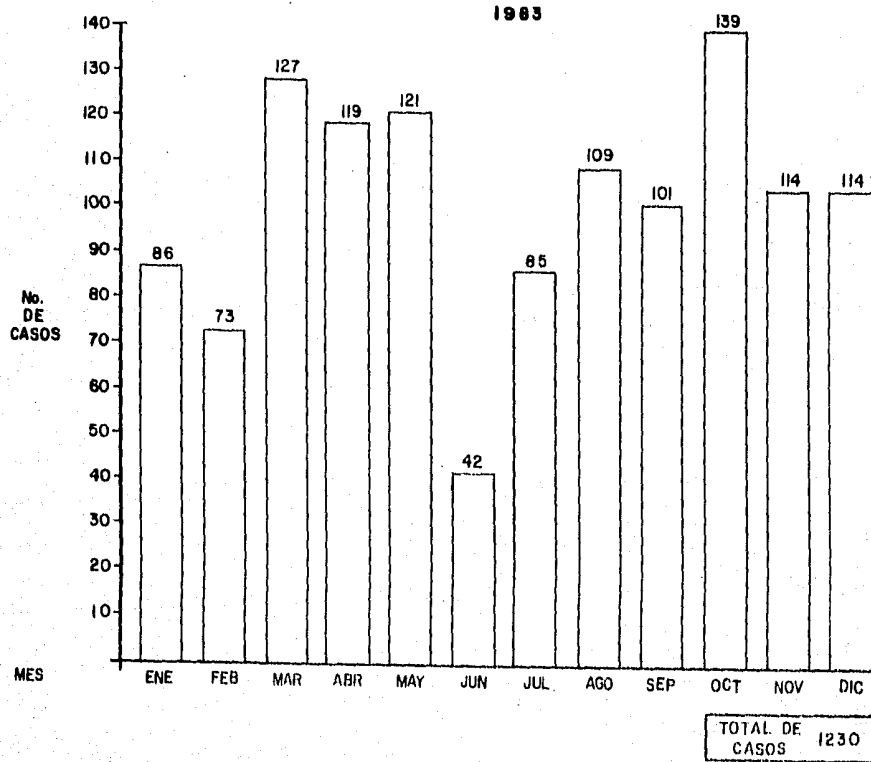
Se practica una segunda división en cada grupo, - siendo por:

- 1). edades,
- 2). edad gestacional: incluyendo los casos de histerotomía (embarazo de 18-25 semanas),
- 3). sexo del producto,
- 4). peso del producto,
- 5). Apgar del producto
- 6). Indicación de la cesárea.

Por último fue posible recabar unas cifras estadísticas por mes, del número de intervenciones practicadas, dato importante si consideramos que se trata de un estudio hecho en un hospital escuela.

GRAFICA 1

INCIDENCIA DE CASOS POR MES



IV. OBJETIVOS:

Se trata de un estudio en el que se evaluará estadísticamente las indicaciones de cesárea en nuestro medio hospitalario y los tipos de morbilidad por cesárea.

Estadísticamente por lo tanto, es posible evaluar también las causas de morbilidad por operación cesárea en nuestro medio, considerando los factores predisponentes en nuestro tipo de población.

Se evaluará estadísticamente la morbilidad por grupos de edad en nuestro medio y por grupos de paridad.

V. HIPOTESIS:

Existen una serie de factores predisponentes, tales como el medio socioeconómico de las pacientes, medio y medio bajo, la escolaridad media o primaria y hasta analfabetismo de la población estudiada, las toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo en primero y segundo grados), hábitos higiénico dietéticos suficientes y frecuentemente deficientes, que ocasionan la aparición de las cifras de morbilidad por operación cesárea.

Por lo tanto, en este tipo de población encontraremos una tasa de morbilidad, relativamente similar a la tasa consultada en la literatura mundial.

Consideramos que la edad y el número de gestaciones se encuentran en relación directa con el aumento en el índice de morbilidad, la edad porque las condiciones de salud de la paciente se hallan implicadas con otros problemas patológicos que son menos frecuentes mientras más joven es la paciente. Y el número de gestaciones, ya que si éstas son más frecuentes y repetidas, no permitirán una recuperación adecuada de la paciente entre uno y otro embarazo, las condiciones de anemia no se recuperan y si se agravan y las infecciones urinarias son más frecuentes, no tratadas; así como las múltiples carencias nutricionales y vitamínicas de la paciente se van acentuando.

VI. RESULTADOS:

Se resumen por medio de cuadros y gráficas mediante los parámetros mencionados anteriormente.

Nótese que durante el mes de marzo en que inicia nuevo año escolar para los residentes de gineco-obstetricia las cifras de intervenciones se elevarán ostensiblemente.

EDAD DE LAS PACIENTES		
PRIMIGESTAS	No.	%
10 a 19 años	42	13.21
20 a 29 años	243	73.58
30 a 39 años	40	6.29
40 a 49 años	2	0.63
50 años en adelante	0	0.00
TOTAL	318	35.18

SECUNDIGESTAS Y MULTIGESTAS		
10 a 19 años	10	1.92
20 a 29 años	336	62.31
30 a 39 años	184	33.46
40 a 49 años	12	2.31
50 años en adelante	0	0.00
TOTAL	542	57.52

GRAN MULTIPARAS		
10 a 19 años	0	0.00
20 a 29 años	12	27.27
30 a 39 años	26	59.09
40 a 49 años	6	13.64
50 años en adelante	0	0.00
TOTAL	44	4.80

TOTAL GLOBAL	904	100.00
--------------	-----	--------

EDAD GESTACIONAL

PRIMIGESTAS	No.	%
18 a 19 semanas	0	0.00
20 a 25 semanas	3	0.62
26 a 30 semanas	5	1.25
31 a 25 semanas	14	3.12
36 a 40 semanas	314	76.25
41 a 41,6 semanas	47	11.25
42 semanas en adelante	32	7.5
TOTAL	415	100.00

SECUNDIGESTAS Y MULTIGESTAS

18 a 19 semanas	3	0.58
20 a 25 semanas	5	1.17
26 a 30 semanas	23	5.26
31 a 35 semanas	54	12.28
36 a 40 semanas	246	55.55
41 a 41,6 semanas	52	11.69
42 semanas en adelante	61	13.45
TOTAL	444	100.00

GRAN MULTIPARAS

18 a 19 semanas	2	4.54
20 a 25 semanas	0	0.00
26 a 30 semanas	2	4.54
31 a 35 semanas	4	9.09
36 a 40 semanas	26	59.09
42 semanas en adelante	6	13.64
TOTAL	45	100.00

CORRELACION DE GRUPOS POR EDAD Y PARIDAD

EDAD	PARIDAD	%	# TOTAL CASOS
10 a 19 años	primigestas	80.77	
	multi y secund <u>i</u> gestas	19.23	
	gran multíparas	0.00	
	T O T A L	100.00	52
20 a 29 años	primigestas	41.05	
	multi y secund <u>i</u> gestas	56.84	
	gran multíparas	2.45	
	T O T A L	100.00	582
30 a 39 años	primigestas	16.67	
	multi y secund <u>i</u> gestas	72.50	
	gran multíparas	10.83	
	T O T A L	100.00	250
40 a 49 años	primigestas	10.00	
	multi y secund <u>i</u> gestas	60.00	
	gran multíparas	30.00	
	T O T A L	100.00	20

CORRELACION DE EDAD GESTACIONAL CON LA PARIDAD			
EDAD GESTACIONAL	PARIDAD	%	No. CASOS
18 a 19 semanas	primigestas	0	
	secundigestas y multigestas	50	
	gran múltiparas	50	4
20 a 25 semanas	primigestas	33.3	
	secundigestas y multigestas	66.7	
	gran múltiparas	0.0	8
26 a 30 semanas	primigestas	18.18	
	secundigestas y multigestas	75.00	
	gran múltiparas	8.33	30
31 a 35 semanas	primigestas	17.86	
	secundigestas y multigestas	75.0	
	gran múltiparas	7.14	72
36 a 40 semanas	primigestas	53.04	
	secundigestas y multigestas	41.30	
	gran múltiparas	5.65	592
41 a 41.6 semanas	primigestas	45.0	
	secundigestas y multigestas	50.0	
	gran múltiparas	5.0	102
42 semanas o más	primigestas	31.58	
	secundigestas y multigestas	60.53	
	gran múltiparas	7.89	96

INDICACION CESAREA EN PRIMIGESTAS

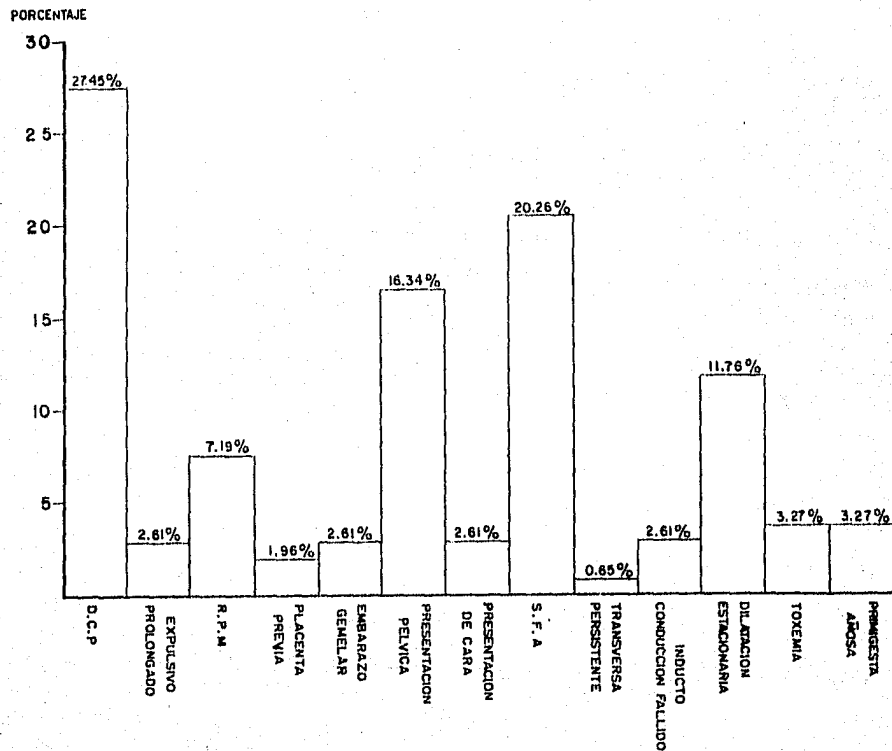
	No.	%
Desproporción cefalopélvica (DCP)	84	27.45
Perfodo expulsivo prolongado	8	2.61
Ruptura prematura de membranas (RPM)	22	7.19
Placenta previa	6	1.96
Embarazo gemelar	8	2.61
Presentación pélvica	50	16.34
Presentación de cara	8	2.61
Sufrimiento fetal agudo (SFA)	62	20.26
Presentación transversa persistente	2	0.65
Inductoconducción fallida	8	2.61
Dilatación estacionaria	36	11.76
Toxemia gravídica	10	3.27
Primigesta añosa	10	3.27

T O T A L

314

100.00%

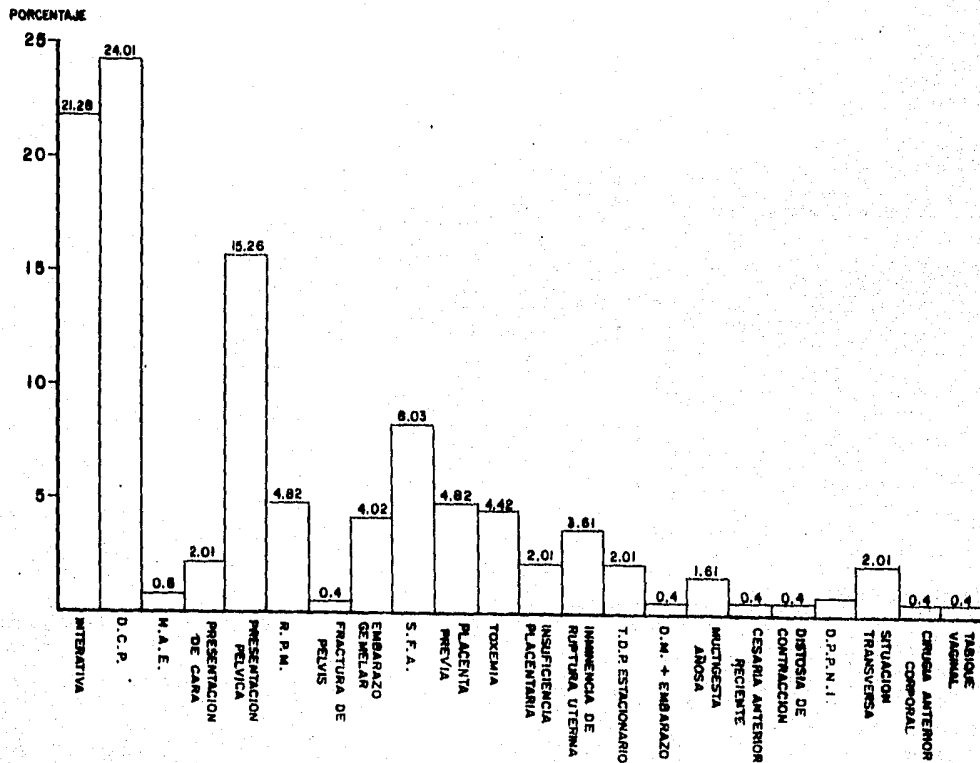
CESARIA EN PRIMIGESTAS



INDICACION CESAREA EN PACIENTES MULTIGESTAS

	No.	%
Cesárea iterativa	106	21.28
Desproporción cefalopélvica (DCP)	120	24.10
Hipertensión arterial del <u>em</u> barazo (RAE)	4	0.8
Presentación de cara	11	2.01
Presentación pélvica	76	15.26
Ruptura prematura de membranas (RPM)	24	4.82
Fractura de pelvis o fémur	2	0.4
Embarazo gemelar	20	4.02
Sufrimiento fetal agudo (SFA)	40	8.03
Placenta previa	24	4.82
Toxemia gravídica	22	4.42
Insuficiencia placentaria	11	2.01
Inminencia de ruptura uterina	18	3.61
Trabajo de parto estacionario	11	2.01
Diabetes mellitus (DM) y em- barazo	2	0.4
Multigesta añosa nulípara	8	1.61
Cesárea anterior reciente	2	0.4
Distocia de contracción	2	0.4
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta - (DPPNI)	4	0.8
Situación transversa	11	2.01
Cirugía anterior corporal	2	0.4
Tabique vaginal	2	0.4
T O T A L	522	100.00%

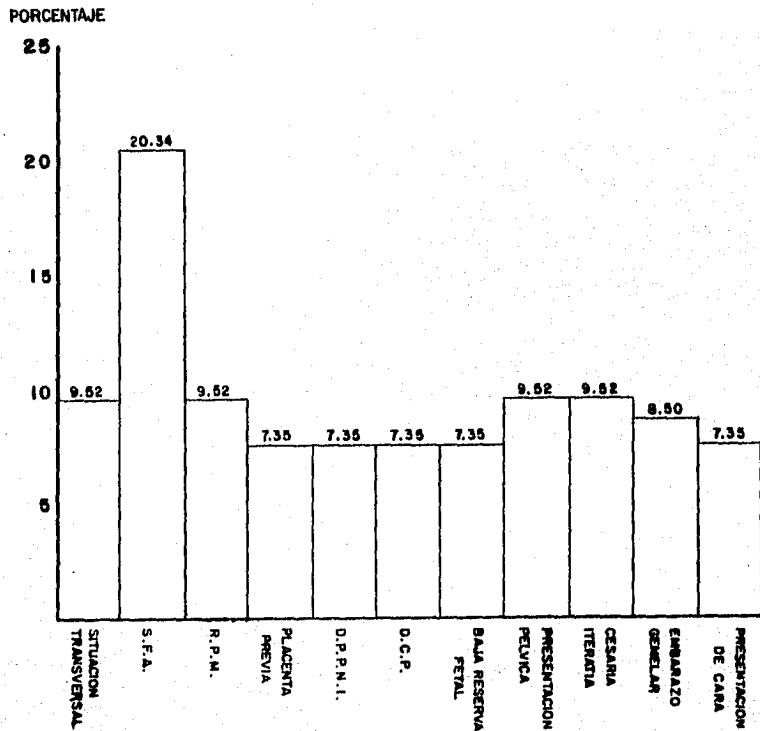
CESARIA EN MULTIGESTAS



INDICACION CESAREA EN PACIENTES GRAN MULTIPARAS

	No.	%
Situación transversa	8	9.52
Sufrimiento fetal agudo (SFA)	10	20.39
Ruptura prematura de membranas (RPM)	8	9.52
Placenta previa	4	7.35
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)	4	7.35
Desproporción cefalopélvica (DCP)	4	7.35
Baja reserva fetal	4	7.35
Cesárea iterativa	8	9.52
Presentación pélvica	8	9.52
Embarazo gemelar	6	8.50
Presentación de cara	4	7.35
<hr/>		
T O T A L	68	100.00%
<hr/>		
TOTAL DE LOS 3 GRUPOS	904	
<hr/>		

CESARIA EN GRAN MULTIPARAS



CALIFICACION DE APGAR EN LOS PRODUCTOS OBTENIDOS
POR OPERACION CESAREA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA
CAUSA DE LA CESAREA Y LA EDAD GESTACIONAL DE LA
MADRE

APGAR	No.Casos	%
De 0 a 3 de calificación	74++	8.30
De 4 a 6 de calificación	238	26.33
De 7 a 10 de calificación	616	65.37

++ De estos 74 casos, se reporta que sobrevivieron
por 24 horas o poco más, únicamente 27.

SEXO DEL PRODUCTO

	No. casos	%
FEMENINO	414	45.80
MASCULINO	490	54.20
TOTAL	904	100.00%

PESO DEL PRODUCTO

	No. Casos	%
500 a 1000 gr.	8	0.88
1001 a 1500 gr.	8	0.88
1501 a 2000 gr.	44	4.87
2001 a 2500 gr.	54	5.97
2501 a 3000 gr.	206	22.79
3001 a 3500 gr.	349	38.61
3501 a 4000 gr.	183	20.24
4001 a 4500 gr.	42	4.65
4501 a 5000 gr.	8	0.88
5001 a 5500 gr.	2	0.22
<hr/>		
T O T A L	904	100.00%
<hr/>		

PADECIMIENTOS ENCONTRADOS INDEPENDIEMENTE DE LA CAUSA DE LA CESAREA DE LA EDAD Y PARIDAD DE LAS PACIENTES Y POSTERIOR A LA REALIZACION DE LA CESAREA, YA SEA DE APARICION INMEDIATA O TARDIA.

	No. Casos	%
Hemorragia retiniana	2	1.28
Endometritis	26	16.16
Celulitis de pared	2	1.28
Absceso de pared	20	12.82
Hematoma de pared	2	1.28
Hipertensión arterial persistente	10	6.41
Ileo adinámico	4	2.56
Faringitis	8	5.12
Sangrado de tubo digestivo alto	2	1.28
Anemia severa	8	5.12
Dermatitis de contacto	8	5.12
Cistadenoma de ovario	2	1.28
Corioamnioitis	6	3.81
Histerectomía postcesárea	10	6.41
Eventración	2	1.28
Absceso de cúpula postcesárea-histerectomía	1	0.64
Flebitis	6	3.84
Retención de restos y LUI complementario	6	3.84
Perforación de duramadre (por bloqueo peridural)	8	5.12
Urosepsis	16	10.25

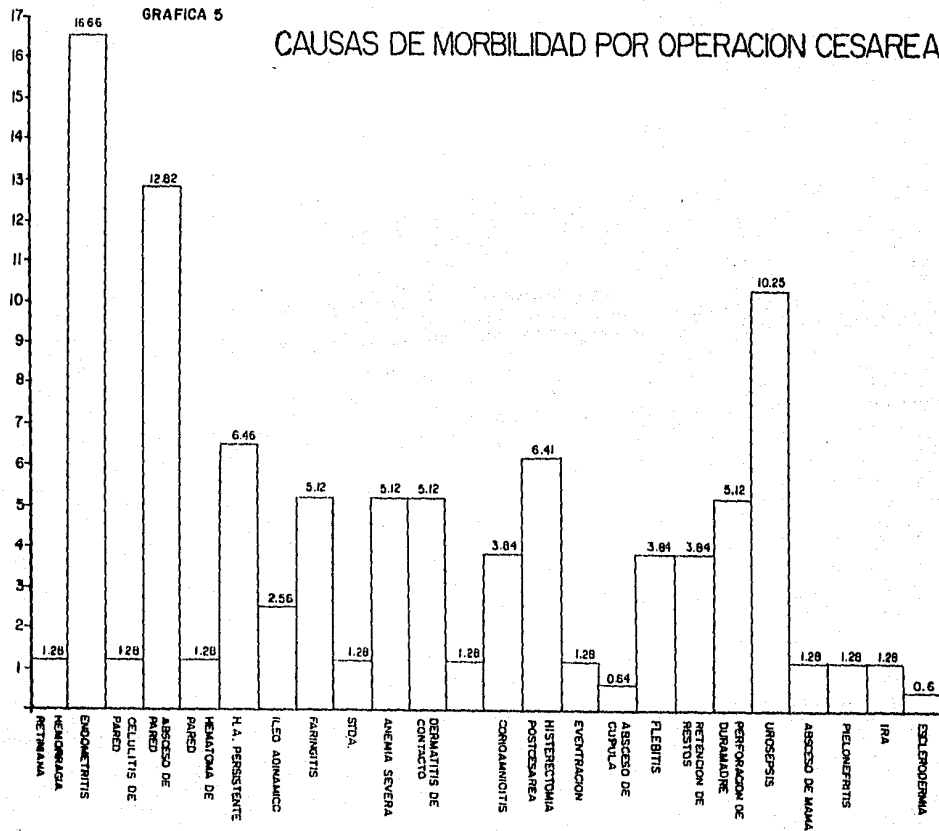
Absceso de mama	2	1.28
Pielonefritis	2	1.28
Insuficiencia renal aguda (IRA)	2	1.28
Esclerodermia +	1	0.64

T O T A L	156	100.00%
-----------	-----	---------

+ Se considera pero haciendo aclaración de que se trata de una enfermedad previa y con complicación posterior a la intervención, pero causada por la propia enfermedad manifestada por insuficiencia respiratoria.

GRAFICA 5

CAUSAS DE MORBILIDAD POR OPERACION CESAREA



Del total de casos estudiados, es decir 904, se -
procede a sacar el porcentaje de casos con alguna com--
plicación posterior a la operación cesárea, es decir
los 156 casos, obteniéndose un porcentaje de 17.25%.

Ahora bien, si restamos los casos que suponemos -
que ya existía la causa que motivó la cesárea, restan
un total de 143, haciendo un porcentaje de 15.81%.

Se hace notar que durante el año del estudio, no -
se registró ningún fallecimiento de causa obstétrica re-
lacionado a la operación cesárea.

IX. CONCLUSIONES.

La intervención cesárea en nuestro material señala su incidencia en primigestas de 35.18%, secundigestas y multigestas en 57.52% y gran multíparas en 4.87%, ocupando los dos primeros grupos el mayor porcentaje, dado que se trata de pacientes en su período de mayor fertilidad, comprendido entre los 20 a 29 años, lo cual es comprensible.

Se puede apreciar también que la edad gestacional a la que se practica la cesárea, en primigestas es de las 36 a 40 semanas en 76.25%, en multigestas es de 55.55%, en gran multíparas es de 59.09%, lo cual traduce que las extracciones por cesárea se llevan a cabo en su gran mayoría en pacientes con productos de término y secundariamente en productos de posttérmino, ya que encontramos en primigestas un 7.5%, en multigestas 13.45% y en gran multíparas un 13.04%.

Aquí también habrá de notarse que las histerotomías (embarazos de 18 a 25 semanas), se encuentran en un 0.62% en primigestas, en 1.77% en multigestas y en gran multíparas en 4.54% apreciándose que es en este grupo de las gran multíparas en donde se aprecia la mayor cantidad de histerotomías, lo cual suena lógico, dado que se trata de pacientes con múltiples carencias físicas y culturales, en su mayoría, así como de una edad materna más avanzada.

También cabe notar que la indicación multifactorial de cesárea, nos hace ver que la paciente multigesta puede ser candidata a cesárea en mayor número de ocasiones que la paciente primigesta.

Relacionando la edad con la paridad, podemos apreciar que en el grupo de 10 a 19 años las primigestas

cuentan con un porcentaje de 88.77%; de 20 a 29 años son las multigestas las mayores con un porcentaje de 56.84%, en el grupo de 30 a 39 años también son las multigestas con un porcentaje de 72.50% y en el grupo de 40 a 49 años las multigestas llegan a 60.00%, por lo tanto, se aprecia que entre más joven es la paciente tiene mayor posibilidad de que se le practique una operación cesárea, también se aprecia que en el grupo de mayor fertilidad y reproducción (de 20 a 29 años), se encuentra el menor porcentaje por lo tanto, podemos decir que éste es el período ideal de reproducción de una mujer que así lo desee.

Tomando en consideración la edad gestacional con la paridad, apreciamos que de 18 a 19 semanas, las multigestas y las gran multiparas cuentan cada una con un porcentaje de 50%; de 20 a 25 semanas son las multigestas las que cuentan con el mayor porcentaje siendo de 66.7%; de 26 a 30 semanas las multigestas cuentan con un 75%; de 36 a 40 semanas las primigestas cuentan con 53.04%; de 41 a 41.6 semanas las multigestas cuentan con 50%, de 42 semanas en adelante las multigestas cuentan con 60.53%. Por lo tanto, es claro que las secundigestas y multigestas de las 18 a las 35 semanas tienen el mayor porcentaje, que se encuentra comprensible dado que es el grupo de mayor reproducción y con embarazos menos adecuados (por la multiparidad), apreciándose también en el grupo de productos maduros, el mayor porcentaje lo tiene el grupo de las primigestas, lo cual es explicable, si consideramos que se pone a prueba por primera vez a una mujer para obtener un producto por vía natural, pudiendo presentarse todas las eventualidades ya mencionadas. En el grupo de 41 a 41.6% las multigestas se encuentra con el mayor porcentaje, seguidas muy

de cerca por las primigestas (45%), explicable por los mismos motivos anteriormente citados (la multiparidad, etc), y el grupo de las primigestas por el desconocimiento de un período nuevo en su vida, con pacientes inseguras de su edad gestacional. En el grupo de 42 semanas en adelante el mayor porcentaje lo tienen las multigestas como es de esperarse.

Notamos asimismo que en el grupo de las pacientes -primigestas, el mayor porcentaje en cuanto a indicación para efectuar la operación cesárea, lo tiene la DCP (desproporción cefalopélvica) con 27.45% seguido por el SFA (sufrimiento fetal agudo) con 20.26% y en tercer término la presentación pélvica con 16.34%, todo lo cual se encuentra en relación adecuada con la literatura (22).

En las pacientes multigestas, la indicación para efectuar operación cesárea tiene su mayor porcentaje en la desproporción cefalopélvica (DCP) con 24.1% seguido de la cesárea iterativa con 21.28% y en tercer lugar la presentación pélvica con 15.26% siendo explicable en la DCP si consideramos que generalmente el segundo hijo es de peso mayor que el primero o bien que se trata de un embarazo ulterior con cesárea previa o de un embarazo de término, siendo los anteriores de pretérmino o pérdidas fetales del primer trimestre y posteriormente es seguida por la indicación de cesárea iterativa.

En las pacientes gran multiparas, el sufrimiento fetal agudo tiene su mayor porcentaje con un 20.39%, que es de esperarse en una paciente de este tipo, seguida secundariamente y a partes iguales por la ruptura prematura de membranas la situación transversa, la presentación pélvica y la cesárea iterativa con un 9.52%.

También se aprecia que el Apgar de los productos independientemente de la edad gestacional, encuentra su mayor porcentaje de 7 a 10 de calificación, con una cifra de 65.37%, dado que se trata en su gran mayoría de productos de término y en mujeres en la tercera y segunda décadas de la vida. Como dato de interés se anota que el porcentaje en cuanto al sexo de los productos obtenidos encuentra un 54.20% en los del sexo masculino durante el año de estudio.

También como dato de interés estadístico se aprecia que en cuanto al peso de los productos de 3000 a 3500 gramos encuentra un porcentaje de 38.61% seguido de 2501 a 3000 gramos con un 22.79% haciendo junto con el 20.24% de los de peso de 3501 a 4000 gramos un total de 81.64% traduciendo desde el punto de vista del peso un bienestar fetal.

Los padecimientos encontrados postcesárea, encontramos en primer término a la endometritis con un 14.36% seguido del absceso de pared con un 11.05% y en tercer término con urosepsis con un 8.84% apreciándose que los tres son padecimientos infecciosos y que los dos primeros están en relación directa con la intervención practicada; si consideramos también a otros padecimientos infecciosos directamente relacionados con la intervención cesárea, hacen un porcentaje global de 36.99%, pero si en este porcentaje consideramos también a otros padecimientos infecciosos que se encontraron únicamente concomitantemente con la intervención cesárea y que no es posible afirmar que han sido ocasionados por ésta, hacen un total de 51.35% que no es de extrañar en pacientes con hábitos higiénico-dietéticos deficientes, escasa educación y con estados nutricionales deficientes,

así como también condiciones intranosocomiales sumamente limitadas y en ocasiones hasta en condiciones de hacinamiento.

En este punto de padecimientos encontrados posterior a la intervención cesárea, también habrá que notar que la histerectomía post-cesárea tiene un porcentaje de 5.52%, estando por arriba de los reportes de la literatura (5,29,30,32).

También como observación interesante habrá que hacer notar que no se encontró ningún caso de endometriosis y ni tampoco se encontró en el reporte quirúrgico de la operación cesárea en ningún caso, permitiendo pensar en la mejoría de procedimientos técnicos que en movilidad de cesárea, tienden a hacerla desaparecer y sólo se señalan datos históricos de la misma (33).

También habrá de notarse que durante el año de estudio no se registró ningún caso de mortalidad, siendo un dato interesante, porque generalmente se encuentran cifras de mortalidad, aunque mínimas de 0.04% hasta 0.7% en las casuísticas de la literatura (34,35,36), no ampliando este punto puesto que no es el objetivo del estudio.

Cabe mencionar que el porcentaje de salpingoclasias efectuadas fue de 11.05% que no es padecimiento, pero es una cifra estadística de interés en cuanto al manejo en control de la fertilidad en nuestro hospital.

Finalmente habrá que comentar que del total de casos estudiados, el porcentaje global de complicaciones postcesárea, es decir de morbilidad es de 17.25%, y si a esta cifra le restamos los casos que presentaban ya un padecimiento anterior, o concomitante con el embarazo, pero en los que no parece haber una causa de morbi-

lidad directamente relacionada con la cesárea misma, la cifra porcentual se reduce a 15.81%, mostrando cifras menores a las registradas en la literatura mundial, que van de 33 a 50% a pesar del tipo de población de medio socioeconómico medio, bajo y de las múltiples deficiencias intranosocomiales, explicable únicamente si consideramos que a las pacientes desde el punto de vista médico reciben una atención óptima (22, 23).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

VIII.COMENTARIO:

El propósito de este estudio se encontró explicado al principio, pero la motivación del estudio, se resume a la propia observación vivida durante mi estancia de residente de gineco-obstetricia en esta unidad hospitalaria, que si bien es de segundo nivel, se considera un hospital de concentración Institucional dentro del ISSSTE, por lo tanto la muestra obtenida en la población analizada, deberá ser valadera para que el estudio tenga relevancia. El enfoque hecho específicamente hacia la morbilidad por operación cesárea, se debe a que es posible apreciar de forma panorámica la morbilidad, para poder llegar a concluir, dependiendo del criterio de cada lector, cuales serían las causas de que la morbilidad se encuentra ya sea elevada o disminuida, y por lo tanto, dejará como consecuencia la inquietud de remediar en lo posible las causas inter--nas para que sea posible abatir aún más las cifras de morbilidad, así como podría ser posible promover mecanismos preventivos a nivel de instrucción a las pacientes. Considero también que deberán tenerse en cuenta las múltiples limitaciones cada vez mayores, a las que se encuentra sometida la institución y el personal médico y paramédico, que manejan en lo posible una población creciente, sin educación o instrucción médica al respecto, con una necesidad de atención mayor, con recursos muy limitados y con variantes desde el punto de vista administrativo, que influyen para que la atención médica a veces llegue tardía o inadecuada a la población por lo tanto influyen en forma importante en las tasas de morbilidad, y que podrían abatirse ostensiblemente con solo practicar algunas mejoras en todo

lo anteriormente descrito.

Al encontrar una morbilidad porcentual de 17.25%, hablamos de una morbilidad relativamente baja, ya que si tomamos como referencia a otros autores, notaremos la clara diferencia de porcentajes a saber en el Johns Hopkins University Hospital, se reportan porcentajes de morbilidad de 12% con mortalidad de 0.04% (22,23), pero G. Monheit de la Universidad de California, Centro Médico de San Diego, reporta una morbilidad que va del 33 al 50% y en su gama incluye infecciones, (de vías urinarias, pélvica, de la herida, respiratoria), tromboflebitis (pélvica y de extremidades inferiores), hemorragia formación de hematoma, traumatismo (de vejiga e intestino), y embolia pulmonar. La secuela de hipertermia secundaria a infección en el sitio operado se aprecia en 25 a 50%, según el mismo autor (24).

Por lo tanto, con unas tasas tan contradictorias, si tomamos una media, notamos que el porcentaje de morbilidad del presente estudio, se encuentra a nivel de la media o sensiblemente por abajo.

También podemos apreciar que la indicación para la operación cesárea, es variable, así tenemos autores como Harley (25), que da un porcentaje para operación cesárea por DCP de 50%, pero en el Hospital de Maternidad Nacional de Dublín, este porcentaje decrece hasta un 13%, siendo la indicación principal una operación cesárea repetida hasta en un 89%, y con un 68% el sufrimiento fetal (26), pero en nuestra propia experiencia, la principal indicación para practicar una operación cesárea es por desproporción cefalopélvica, con un 27.45% en primigestas y un 24% en multigestas, haciendo un total global de 51.55% pero en el grupo de las

multigestas la segunda indicación en frecuencia es la cesárea iterativa lógicamente con un porcentaje de 21.28% pero en el grupo de las primigestas, la segunda causa indicativa de intervención cesárea es el sufrimiento fetal agudo con un 20.26%.

Cuando es necesario practicar una segunda cesárea, se reporta por Rodríguez y Saldaña (27) una morbilidad de 24%, siendo de 34% cuando se ha dejado la vía vaginal para la resolución del embarazo, pero en nuestra propia experiencia, el porcentaje de indicación cesárea, por cesárea anterior reciente es únicamente de 0.4%

En la literatura reportan Ruiz y Brena (28) una morbilidad de 49% cuando existe la sospecha de corioamnioitis y se ha tenido que practicar cesárea en nuestra propia casuística en el grupo de la primigestas la indicación es de 7% en las multigestas de 4% y en las grandes múltiparas de 6%, haciendo un total global de 17% y la morbilidad en el presente estudio es de 14% para endometritis, pero con corioamnioitis corroborada únicamente en 3.3%, cabe mencionar que en nuestro servicio se utilizan como antimicrobianos en primera instancia a la penicilina y en un cuadro más severo se maneja en forma combinada con la gentamicina o bien clindamicina y gentamicina, comparado con la literatura encontramos que la naturaleza de la endometritis en donde se aprecia el bacteroides fragilis, requiere la terapia combinada y hasta en un 22% se requiere de un tercer fármaco (24,31).

La histerectomía transcesárea reporta una morbilidad de 7.5% por Oseguera (29), con una mortalidad materna de un 0.7%, según Patrick, siendo la más alta en

Atenas con 10.1% con un porcentaje de reintervención de 0.97% (30,32), en nuestro estudio se encuentra la histerectomía postcesárea hasta en un 5.52%, no reportándose muertes maternas.

El resto de las variantes que se han apreciado en los resultados, tales como los porcentajes de paridad en relación con la edad, con la edad gestacional, la edad materna, la indicación de cesárea, así como la calificación de Apgar y el sexo en porcentajes, así como el peso del producto, son para ejemplificar otros aspectos en las intervenciones por cesárea, únicamente para comprender más ampliamente la morbilidad por cesárea.

Queda claro también en el presente estudio que los padecimientos postcesárea son los mismos que se registran en la literatura (22,23 y 24), no obstante que se trata de un estudio hecho en una población multigravídica, notamos que las cifras porcentuales son similares a las de la literatura o ligeramente por debajo de ellas.

IX, BIBLIOGRAFIA.

1. Barber J.D. Infections Following Clasical Cesarea sección. Obstetrics and Gynecol. Vol. 55, No. 2, - 167-69, feb. 1980.
2. Young J.H. The history of cesarean Section. London H.J. Lewis, 1944.
3. Diccionario de terminología de Ciencias Médicas, Salvat 10a. Ed. pág. 210.
4. Pling, Elder Quoted in the history of cesarean section published in 1944, Obst. and Gynecol. Vol. 4, 27-79.
5. Rousset F. Traite nouveau de l'histerotomie ou l'enfantement caesarienne. Expas. Paris 1981.
6. Boley, J.F. History of caesarean section. Canadian Medical Association Journal,, 32,557,559.
7. Radford T. Observations en caesarean sections. 2a. Edición , Manchester Churchill, (1980).
8. Porro E. Dell amputazione utero-ovarica come complemento di tuglio caesareo. Annali Universali di medicina e chirurgia, 237-280.
9. Kerr J.M. Operative Midwifery, Balliere Tindall & Cox, London 1916,
10. Ralp C. Benson, Diagnostico y tratamiento ginecobs-tétricos 2a. ed. 912-914.
11. Williams, Hellman, Pritchard. Obstetricia. Salvat 5a. reimpresión, 1007-1030.
12. Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. ed. Interamericana Vol. 3 1980, 525-552.
13. Ginecología y Obstetricia AMMH, G.O. No. 3 IMSS. Méndez Oteo, 2a. ed. 603-610.
14. Dey S.R. Grand Multipara Clinical Study. J. Obst. Gynecol. India. 24,145, 152. 1974.

15. Porreco. Operación cesárea repetida. Consideraciones y comentarios. Clínicas de Norteamérica. Obst. and Gynecol., Vol III. 503-511, 1981.
16. Septiém J.M. Hemorragias del III trimestre, Trabajo presentado en el VII congreso Mexicano de G.O. 1978. Libro de memorias, 68-78.
17. López Llera M.M. Espejismos, Estadísticas y Eclampsia. Sesión General 14 H.G.O. No. 2. C.M.N. IMSS. mayo 1979
18. Magloire M.P. Operación cesárea, Normas. Obstet Gynecol. IMSS H.G.O. No. 3, cap. 52, 603-610, 1976.
19. Humprey D.M. Macrosomia fetal and neonatal implications. Obstet and Gynecol. Vol. 55 No. 4, 420-424, 1980.
20. Dey, S.R. Grand Multipara Clinical Study. J. Obst. Gynecol. 24-150, 1976.
21. Monheit y Resnik. Cesárea, Tendencias actuales y posibilidades futuras. Clínicas de Perinatología, Vol. 1/1. 1981. Interamericana, 101-107.
22. William J. Ledger. Tratamiento de la morbilidad por operación cesárea después de parto. Clínicas Obst. y Ginecológicas. Vol. 2/1980. Ed. Interamericana, 633-647.
23. Avances en obstetricia y ginecología, Caplan. - Williams. Ed. Espaxs. cap. 26, 383-395.
24. Clínica de Perinatología. Monheit-Resnik. Interamericana. Cesárea, tendencias actuales y posibilidades futuras. 101-107.
25. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales, Vol. 3 1980, Ed. Interamericana. 525-554.
26. Cahill Printer, Clinical Report of the year 1978, National Maternity Hospital.

27. Morbimortalidad Materno Fetal, en la segunda cesárea. Trabajo presentado en el VI congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, libro de Memorias de Resúmenes del VI Congreso.
28. Cesárea en pacientes con Infección Amniótica. Trabajo presentado en el VI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Libro de Memorias de Resúmenes del VI Congreso.
29. Oseguera P.F. Histerectomía en Obstetricia. Normas de Obstetricia y Ginecología IMSS. H.G.O. No. 3, cap. 54 pág. 629-37, 1976.
30. Park C.R. Papel de la cesárea con histerectomía en la práctica obstétrica moderna. Clínicas de Norteamérica Obstet. and Gynecol. Vol. III, 1981.
31. Ruptura prematura de membranas. Corioamnioititis. Tema X, 200-224, trabajo presentado en el VIII Pre-Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, en el curso de Infectología para el ginecobstetra.
32. Infección postoperatoria. Tema XI, 225-249. Trabajo presentado en el VIII Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Curso de Infectología para el ginecobstetra.
33. Clínicas obstetricia y ginecología, vol. 3, 197; 1980.
34. Jones O.H. Cesárea section in present day. Obstetrics American Journal of Obstetrics and Gynecology. 126-521-530.
35. Villalobos Román M. Mortalidad Materna por cesárea. Aspectos del VIII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia. 162-1976.
36. V.M. Roemer K. Maternal mortality and morbidity in 1070, consecutive cesarean section. Abstracts

VIII World Congress of gynecology and obstetrics,
161, 1976.