

11217
53-A
22j



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Post Grado

Perez

INDICACIONES ACTUALES DE LA CESAREA

T E S I S

Para obtener el Título en la Especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

DR. JOSE CLEMENTE CASTRO PEREZ



Hospital de Ginecología y Obstetricia
Centro Médico "La Raza"

México, D. F.

Febrero de 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS	6
DISCUSION	10
RESUMEN.	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	18

I N T R O D U C C I O N

Los orígenes de la operación cesárea se han perdido en el tiempo (3). La primera descripción de la operación fué señalada por Georgius un orador ciciliano que la había tomado de su madre después de que ella había muerto en el año 508 A.C. En cuanto al nombre de cesárea se debe a un escrito de Plinio el Viejo que lo relacionaba con el nacimiento de Julio César aunque es difícil aceptar este hecho ya que la madre de Julio aún vivía cuando éste se encontraba en las Galias (20). Hacia 715 y 672 A.C. Numa Pompilio dictó la llamada "Lex Regia de Inferendo Mortuo" y que más tarde se llamaría "Lex Cesárea", según la cual se prohibía enterrar a toda mujer muerta durante el embarazo, antes de que se le hubiese extraído del vientre al niño, aún cuando éste no pudiese sobrevivir (20).

El término Sección Cesárea apareció por primera vez en una publicación francesa de 1598 (3) y la primera definición formal de la misma se debe a Baudelocque en 1790 (20). Sanger en 1882 introdujo la sutura de la incisión uterina siguiendo a la operación cesárea (3), y Frank en 1906 describió la llamada "Operación segmentaria baja" (3). De esa época a la fecha el incremento de la operación Cesárea ha sido desconcertante y ha pasado de 0.5% en 1921 a 15.4% en 1979 y 17.9% con informes de índices superiores a 28% o incluso 45.7% en los Estados Unidos, (1, 2, 3, 9, 10, 12, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 33).

Este incremento se debe a que a partir de la década de los 70's, el feto en presentación pélvica se extrae por cesárea hasta en un 95% de los casos (3, 9, 10, 25, 29), el forceps medio ha dejado de emplearse tanto por razones médicas como porque legalmente es indefendible frente a la cesárea (9).

El feto de 1500 grs. o menos en la actualidad es indicación de cesárea (9). La frecuencia con la cual se efectúa cesárea por embarazo múltiple es cada vez mayor (9). Los avances en el monitoreo fetal han incrementado la tasa de operación cesárea (3, 5, 9, 22, 23, 30). Los médicos consultantes con frecuencia urgen para que se efectúe cesárea en pacientes con desordenes maternos (3). El estado emocional del médico puede contribuir para que se efectúe una cesárea innecesaria (3, 9, 26).

El objetivo de este análisis fué determinar la incidencia de la operación cesárea en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza" I.M.S.S., las indicaciones actuales de la operación y su efecto en la morbimortalidad materno fetal.

MATERIAL Y METODOS

Del primero de enero al treinta de septiembre de mil novecientos ochenta y siete, se seleccionaron al azar 850 expedientes de derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que fueron sometidas a operación cesárea en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, del Centro Médico "La Raza"

En una hoja de recolección de datos se tabularon los siguientes parámetros:

1. Datos generales de la paciente: Edad, paridad, antecedentes - patológicos.
2. Datos de la gestación: Edad gestacional, complicaciones.
3. Complicaciones de la gestación.
4. Tipo de Cesárea: Primaria, repetida, iterativa, programada o urgente.
5. Indicación de la cesárea.
6. Procedimiento anestésico empleado
7. Morbimortalidad materna
8. Estado del recién nacido al nacimiento, peso, apgar.
9. Morbimortalidad perinatal

TABLA I
INDICACIONES ACTUALES DE LA CESAREA
ANTECEDENTES PATOLOGICOS

PATOLOGIA	NUMERO
DIABETES MELLIUS	11
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA Y NEFROPATIAS	11
CARDIOPATIAS	6
EPILEPSIA	3
MALFORMACIONES CONGENITAS DE LOS ORGANOS GENITALES	3
ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	3
ALTERACIONES OSEAS DE LA PELVIS	4
LIGAMENTOPEXIA	1
HIPOTIROIDISMO	1
ADENOMA HIPOFISIARIO	1
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	1
ENFERMEDAD DE CROHN	1
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO	1
T O T A L	54

TABLA I
INDICACIONES ACTUALES DE LA CESAREA
ANTECEDENTES PATOLOGICOS

PATOLOGIA	NUMERO
DIABETES MELLIIUS	11
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA Y NEFROPATIAS	11
CARDIOPATIAS	6
EPILEPSIA	3
MALFORMACIONES CONGENITAS DE LOS ORGANOS GENITALES	3
ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	3
ALTERACIONES OSEAS DE LA PELVIS	4
LIGAMENTOPEXIA	1
HIPOFIROIDISMO	1
ADENOMA HIPOFISIARIO	1
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	1
ENFERMEDAD DE CROHN	1
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO	1
T O T A L	54

CUADRO II

INDICACIONES ACTUALES DE LA CESAREA
EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	NUMERO	%
20 - 28 SEMANAS	7	0.8
29 - 32 SEMANAS	29	3.4
33 - 36 SEMANAS	55	6.4
37 - 42 SEMANAS	739	87.
43 Y MAS SEMANAS	20	2.4
T O T A L	850	100.00

RESULTADOS

Del 10. de enero al treinta de septiembre de 1987 se atendieron 3962 partos (50.53 %), y se efectuaron 3820 cesáreas (49.47%), hubo 463 (5.7 %) muertes perinatales y 1752 (22 %) prematuros.

La edad promedio de las pacientes fué de 26.6 años, 290 pacientes eran primigestas, (34%), 101 tuvieron 2 o más gestaciones (11%), y 92 (10 %) tenían antecedentes de uno o más abortos.

Antecedentes patológicos: Once pacientes eran diabéticas, once hipertensas, siete tenían o habían tenido fibromiomas uterina, cinco eran cardiópatas y tres epilépticas, cuatro tenían anomalías congénitas de los órganos genitales, cuatro anomalías pélvicas y el resto enfermedades hematológicas, lupus eritematoso sistémico u otras enfermedades (Tabla I).

Edad gestacional. (En el cuadro II) se indican las semanas de gestación.

Complicaciones de la gestación. Las complicaciones de la gestación fueron: Enfermedad hipertensiva de la gestación 188 casos (33 %), Ruptura prematura de membranas 117 pacientes - -

CUADRO III
INDICACIONES ACTUALES DE LA CESAREA
COMPLICACIONES DE LA GESTACION

COMPLICACIONES	NUMERO	%
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DE LA GESTACION	188	33
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y CORIOAMNIOITIS	117	21
SUPRIMIENTO FETAL	106	18.6
EMBARAZO MULTIPLE	33	6.
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA	27	4.7
ANOMALIAS DE LA IMPLANTACION PLACENTARIA	21	3.7
EMBARAZO PROLONGADO	20	3.5
PERIODO INTERGENESICO CORTO	20	3.5
EMBARAZO PROLONGADO	11	2.
OBITO FETAL	10	1.7
POLIHIDRAMNIOS	7	1.
OTRAS	8	1.3
T O T A L	568	100.00

CUADRO IV

INDICACIONES ACTUALES DE LA CESAREA

INDICACIONES	NUMERO	%
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	180	21.7
DESPROPORCION FETOPELVICA	110	12.8
CIRUGIA UTERINA PREVIA	109	12.7
SUPRIMIENTO FETAL	102	12.7
PRESENTACIONES FETALES ATIPICAS	84	9.9
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	75	8.7
SANGRADO	40	4.7
EMBARAZO MULTIPLE, MALFORMACIONES Y MACROSOMIA FETAL	37	4.4
DIABETES MELLITUS, PRIMIGESTA AÑOSA	28	3.2
INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD	26	3
OBITOS Y EMBARAZO PROLONGADO	21	2.5
ISOINMUNIZACION, CARDIOPATIAS Y HEMOPATIAS	17	2
DISTOCIAS	15	1.7
OTROS	6	0.7
T O T A L	850	100.00

(21%), sufrimiento fetal 106 casos (18.6 %), embarazo múltiple - 33 (6 %), otras complicaciones fueron, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, inserción baja de placenta, periodo-intergenésico corto, embarazo prolongado, muerte fetal in utero, - polihidramnios, y otras (Cuadro III)

Tipo de Cesárea. En 579 pacientes la cesárea fué primaria - (68 %) en 195 (23 %), repetida y en 76 (19 %) iterativa. - Urgentes fueron 483 (57 %) y programadas 367 (43%).

Las indicaciones actuales de la cesárea se muestran en el -- (Cuadro IV).

En los siguientes cuadros se señalan los padecimientos concomitantes con la indicación primaria.

Procedimiento anestésico: Anestesia general se empleó en - 40 pacientes y bloqueo peridural en 810 enfermas.

Las complicaciones de la cesárea fueron: Atonía uterina (7-pacientes), sangrado del borde de la histerorrafia (6), sangrado - del lecho placentario (5), prolongación de la histerotomía (1), - lesión de la arteria uterina (1), desgarró de la fimbria derecha - (2), inversión uterina (1), coagulación intravascular diseminada - por transfusión de sangre incompatible (1), lesión vesical (1), -

DISCUSION

En los últimos 20 años en el Hospital de Gineco Obstetricia - número tres del Centro Médico "La Raza" hemos tenido un incremento alarmante en el índice de cesáreas. En el periodo 1964-1968 la frecuencia fué de 6.1 (27), para 1975 la incidencia había aumentado a 11.5 % (28) y de 1984 a 1987 esta ha pasado de 38.7 a 49.47 %.

En los Estados Unidos de Norte América el índice de natalidad por cesárea en 1981 era de 17.9 % (25). Esta tendencia se ha manifestado en todos los hospitales del mundo (1, 2, 3, 9, 13, 26, 27, 28). En Canadá en 1978 la incidencia fué de 21.8 % (3), en California en 323 hospitales dicha incidencia se encontró en 15.4% en 1979 (3); en Australia el incremento vario de 3.5 a 22 % de 1982 (3). Evrard en 1975 en Rhode Island encontró una incidencia de 14.08 % y la comparó con cinco hospitales de New York y uno de Boston encontrando cifras similares (12). En nuestro país la tendencia es similar; en el Hospital Luis Castelazo Ayala la frecuencia es de 24.2 % (1); en cuatro hospitales del Departamento del Distrito Federal 20.75 % (21) y en un Hospital Privado del D.F. en 1975 fué de 50 % (28).

El incremento en la operación cesárea creemos se debe a varios factores:

1. Patología concomitante con la gestación presenta en más de la mitad de las pacientes.
2. Patología materna preexistente. La diabetes Mellitus, la hipertensión crónica, cardiopatías, epilepsia, enfermedades hematológicas y otras.
3. Prematuroz: 10.6 % de las pacientes menos de 36 semanas de gestación pero los productos con peso inferior a 2,500 grs. fueron 21.6 %. Esto se explica por los productos que tuvieron retraso en el crecimiento intrauterino, llama la atención que en el mismo periodo el total de nacimientos prematuros fué de 22 %; Esto parecería indicar que todos nacieron por cesárea, sin embargo ésto tendrá que analizarse posteriormente. No obstante algunos estudios que la morbilidad neonatal es menor cuando los productos con peso inferior a 1,500 grs., nacen por vía abdominal (3, 9).
4. Cesárea previa: 32 % de las pacientes tuvieron una o más cesáreas, 9 % de las pacientes tuvieron cesárea iterativa, cifra muy baja comparada con la de 1968 de 22.8 % (27), pero superior a la reportada por otros hospitales (15, 19), 2.6 a 5.6 que no son de especialidad.

La frecuencia de la cesárea repetida varía considerablemente según los hospitales desde 16.3 % hasta 56.5 % (1, 19, 33), y en gran parte se debe al aforismo de Craigin quien en 1916 estableció

que "una cesárea siempre será seguida por otra". No obstante este concepto ha empezado a cambiar sobre todo después de que el grupo de trabajo del National Institute of Child Health and Human Development (25) señaló con toda claridad que el parto por cesárea - con incisión transversa en el segmento inferior del útero está - asociado con morbilidad y mortalidad maternas muy bajas y evolu - ción fetal equivalente, siempre y cuando el hospital tuviera las - instalaciones adecuadas y médicos capaces de realizar una cesárea - de urgencia. Apegándose a este criterio Lavin (9) revizó las - estadísticas de once hospitales con más de 4,700 casos demostrando que el parto por vía vaginal tuvo lugar entre 39 y 97 % de pacien - tes con Cesárea anterior, con mínima morbilidad. En base a estos - resultados el criterio actual, es que no hay "una base científica - racional para que la tasa de cesáreas repetidas en Estados Unidos - con centros hospitalarios bien equipados no disminuya" (9).

Indicaciones de la Cesárea:

Los datos sobre la frecuencia de la preeclampsia varian consi - derablemente en los distintos países y se estiman en la literatura entre 3.6 y 24.3 % (14); Incluso en Hospitales del Instituto Me - xicano del Seguro Social, esta variación es muy ostensible; se es - tima entre 1 y 21.7 % (1, 11, 19). Esta última cifra no incluye a la preeclampsia moderada que usualmente no se trata por cesárea, sin embargo indudablemente contribuyó al incremento de la cesárea -

en nuestro Hospital, ya que es una norma hospitalaria interrumpir la gestación en toda paciente con preeclampsia severa independientemente de la edad gestacional, si no se controla de sus cifras tensionales en las primeras seis horas después de iniciado el tratamiento. La incidencia elevada de la preeclampsia se debe:

1. En este Hospital se atienden todas las pacientes con patología médico quirúrgica grave de la zona Norte del Distrito Federal y de algunos estados como: Hidalgo, Querétaro Y Estado de México.
2. Factor Nutricional. Aunque existen incongruencias entre las diferentes publicaciones, Burke (14) ha encontrado una asociación entre preeclampsia y desnutrición proteínica del 44 %.
3. Primiparidad. Se ha dicho que la preeclampsia es la patología de las primigestas, ya que su asociación esta presente en el 75 % de las pacientes (14). En nuestro análisis una de cada cinco pacientes era primigesta.

La desproporción cefalopélvica contribuyó en el presente análisis con el 12.8 % de las cesáreas. En el H.L.C.A. (1) la incidencia fué de 40.75 % en 1984, y para un Hospital de segundo nivel de atención como es el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 "A" de 59 % (19). Esto nos indica que en Hospitales de especialidad la frecuencia tiende a disminuir por la derivación a otras-

Unidades de las pacientes cuya única patología es la estrechez -
pélvica y donde el problema puede ser resuelto satisfactoriamente,
ya que no se requieren de auxiliares de diagnóstico especiales ni
unidad de cuidados intensivos. Por otra parte el manejo activo -
del trabajo de parto como lo describe O' Driscoll (10) permite-
disminuir la morbimortalidad perinatal concomitantemente con la -
frecuencia de cesárea que según su análisis en dos hospitales de
Dublin fué de 4,8 % en 8742 nacimientos en 1984. En un estudio -
efectuado por Gilstrap de 1970 a 1981, encontró un descenso pro -
gresivo de la distocia como indicación de operación cesárea de -
39 a 22 % (15). Por su parte Silvar (30), en el High Land -
Park Hospital en 1986 encontró una incidencia de 29,2 contra 5.4%
en 1969-1972, los factores que según su análisis contribuyeron al
incremento de la cesárea fueron: Mayor edad de las pacientes, ga
nancia ponderal más pronunciada durante la gestación; la tasa de
forceps en general disminuyó considerablemente en el periodo de -
análisis, concomitantemente con la morbimortalidad neonatal que -
disminuyó de 14 x 1000 a 7 x 1000 nacidos vivos. El peso prome -
dio de los recién nacidos también varió siendo mayor en el último
periodo (1979-1982). Esto según el propio autor podría deberse -
a la mayor ganancia ponderal de las madres, a la prohibición de -
fumar durante el embarazo y una mejor alimentación.

Sufrimiento fetal. Se acepta que antes que el feto sufra -
un daño irreversible experimentará ante todo un "estado de alarma"

o "agresión fetal" (Stress) de ahí que si se permite que continúe éste más allá de la tolerancia del producto, se llegará al sufrimiento fetal. Este paso crítico entre el estado de alarma y el sufrimiento no ha podido ser delimitado a pesar de los adelantos tecnológicos actuales (18). El trabajo de parto en sí, es una prueba de la tolerancia fetal a una situación de alarma que puede verse afectada por enfermedades maternas, anestesia, hipotensión - fármacos o por patología fetal preexistente (18). Es obvio que el riesgo es mayor para fetos ya de suyo comprometidos, pero puede incrementarse aún más si existe compromiso del cordón umbilical. Como se sabe aproximadamente en 25 % de todos los partos, el cordón está enredado en el cuerpo fetal, lo que propicia la compresión del mismo sobre todo si existe ruptura prematura de membranas (18). Afortunadamente en la actualidad las pruebas de condición fetal o la de tolerancia a las contracciones han venido a ayudarnos en el diagnóstico de estas alteraciones. De tal forma que el trazo silente nos sugiere una baja reserva fetal, el trazo con patrón ondulatorio angosto sospecha de esta entidad clínica y una desaceleración variable durante el trabajo de parto o en presencia de contracciones inducidas, compresión del cordón umbilical (18), (22), además el ultrasonido, los factores de riesgo perinatal, - estrógenos urinarios y pregnandiol permiten un diagnóstico más preciso con una sensibilidad que puede llegar a 100 % y una especificidad de 96.6 %.

Las estadísticas para el sufrimiento fetal agudo varían considerablemente según el tipo de hospitales desde 1.9 a 13.2 % - O' Driscoll en Dublín encontró una frecuencia de 0.5 a 0.8 % atribuyéndose a una mejor vigilancia del trabajo de parto por monitoreo zación, ya que los factores demográficos no son muy diferentes a los del I.M.S.S. (10, 11). Esta diferencia tan ostensible puede interpretarse como un reflejo de tipo de pacientes obstétricas que se atienden en los hospitales de alta especialidad y que se hace muy evidente en el porcentaje de partos eutócicos, mayor en los Hospitales Generales de Zona (78.92 %); de cesárea en relación a partos 25.29 contra 15.64 % y de distocias vaginales (11.5 contra 5.82 %) respectivamente (11).

La presentación pélvica, situación transversa y oblicuas contribuyeron con el 9.9 % de las cesáreas. Esto no es nuevo pues en casi todos los países la presentación pélvica se atiende por cesárea en el 75 a 95 % de los casos (3, 5, 8, 9, 24, 25, 26, 29). - No obstante la elección de la vía de nacimiento sigue siendo tema de discusión entre pediatras y gineco-obstétricas (4, 25).

Danforth por su parte en el Royal Victoria Hospital de Montreal, no encontró una disminución en la incidencia de Asfixia o Depresión severas tres veces más frecuente en el parto pélvico que en el parto en presentación de vertice, cuando se incrementó la -

operación cesárea de 22 a 94 % por esta causa. Huchcroft menciona de por Danforth (9) no encontró ninguna diferencia en la calificación de Apgar tanto si el producto en presentación pélvica nació por parto o por cesárea. Gimovsky y cols. en la Universidad de Columbia y Pitkin y Zlatnik han adoptado una conducta conservadora en el manejo de la presentación pélvica; en general si la edad gestacional es de 36 a 42 semanas, el peso estimado del producto - esta entre 2000 y 4000 grs. la pelvis se considera adecuada, tanto desde el punto de vista clínico como por radiocefalopelvimetría, no existen anomalías fetales descartadas por ultrasonografía, monitorización fetal, muestra de sangre fetal apropiada; la dilatación cervical progresa 1 cm. por hora en primíparas y 1.3 cms. en múltíparas permiten el parto pélvico; no emplean oxitocina salvo - para iniciar el trabajo de parto en presencia de ruptura prematura de membranas. Los autores experimentaron con 488 casos en presentación pélvica en los cuales el feto pesó 2000 grs. o más. Los resultados finales fueron de 35 a 40 % de las pacientes terminaron en cesárea. Collea reporta datos similares tanto en un estudio retrospectivo de 376 neonatos como en otro prospectivo de 208 mujeres en trabajo de parto con feto de término, único y en presentación pélvica completa (5) .

Los resultados fueron similares en ambos grupos; sin embargo - la morbilidad materna de las pacientes a las que se les efectuó - cesárea excedió mucho a la que se apreció en las mujeres que - -

dieron a luz por vía vaginal. Este estudio señaló que los casos - perfectamente seleccionados en presentación pélvica completa con - productos de término, pueden ser resueltos por vía vaginal, con -- mínima morbilidad para la madre. Empero pueden ocurrir lesiones - por el parto si el recién nacido que nace por vía vaginal no es - tratado con el máximo cuidado.

Ruptura Prematura de Membranas. En nuestro análisis figuró- como causa de cesárea en 8.7 % de los casos, aunque otro porcenta- je similar coexistió con otras indicaciones. La frecuencia varía- según las instituciones de 6.8 a 45 % de las pacientes que dan a - luz antes de término (7), estas cifras tienen su origen en la - tendencia del gineco-obstetra a interrumpir la gestación antes de- 24 horas de ocurrida la ruptura, pues como es conocido de todos, - la sepsis neonatal puede presentarse en 19.7 % de los recién naci- dos (4) y la mortalidad neonatal puede llegar a ser de 16.7 %, - si se presenta corioamnioititis. Así pues la relación entre ruptura prematura de membranas e infección es muy grande y la corioamnioi- titis presente en 33.3 % de los casos, es una de las principales cau- sas de morbimortalidad materno fetal (17). Por otra parte el - tratamiento conservador de la ruptura, en embarazos de término no - tiene ninguna justificación, por lo que el embarazo debe interrumpir- se de inmediato, ya sea por inducción del trabajo de parto o - por cesárea, según las condiciones cervicales. Si la ruptura de -

membranas se presenta antes de la semana 26 de gestación lo más probable es que el feto muera si se adopta una actitud conservadora, ya que si la infección sobreviene el peligro se acentúa tanto para la madre como para el feto. Además la hipoplasia pulmonar es un riesgo potencial (4).

Cuando la ruptura se presenta entre las 26 y 34 semanas los problemas más frecuentes son el síndrome de insuficiencia respiratoria y asfixia perinatal. Dicha insuficiencia respiratoria no se ha logrado disminuir a pesar de permitir un tiempo de latencia prolongado o administrando glucocorticoides (4).

Sangrado. La frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa en nuestro estudio fué causa de cesárea en 4.7 % de las pacientes. En 1969 dicha frecuencia fué de 8.7 %.(27) En el Hospital Luis Castelazo Ayala la incidencia fué de 3 % en 1984 y de 2.7 % en 1956 (1). Este descenso en los últimos años, se debe fundamentalmente a que cada vez tenemos un menor número de pacientes multíparas y añosas en donde era la primera causa de operación cesárea (27), debido probablemente a los efectos de la planificación familiar.

Embarazo Múltiple: En esta entidad como en la presentación pélvica el índice de cesáreas se ha incrementado notoriamente. -

En 1968 era de 0.48 % y en la actualidad es de 6 %; cifra superior a 0.25 y 1.75 % encontrada en otros hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (1, 19).

Para Danforth la sola presencia de un embarazo gemelar no es indicativo de cesárea, aunque se acepta que cuando el segundo gemelo se encuentra en presentación pélvica o en situación transversa existe cicatriz uterina o alguna otra patología, no debe dudarse en la interrupción del embarazo por vía abdominal. En lo que concierne al embarazo triple tampoco hay duda de que debe resolverse por cesárea. (2, 9, 27)

Diabetes Mellitus. Ocorre diabetes gestacional entre 1 y 5% de todos los embarazos en Estados Unidos. En nuestro estudio la frecuencia fué similar. Las complicaciones de este diagnóstico guardan relación con el pronóstico del embarazo y con la salud futura de la madre (6). En cuanto a la mortalidad perinatal mayor que la usual reportada en las primeras publicaciones; la practica de la obstetricia moderna ha permitido reducirla a las de la población general.

La mayoría de los estudios brinda apoyo al concepto de que la normalización de la glucosa es la clave para mejorar la supervivencia perinatal, de tal forma que cualquier método de vigilancia fe-

tal será insuficiente e ineficaz si no se observa este principio. Las técnicas de vigilancia fetal proporcionan tranquilidad y confianza al clínico en el sentido de que el feto tolera bien su matroambiente, pero su utilidad es muy precaria para identificar al sufrimiento fetal verdadero, ya que los resultados positivos falsos fluctúan entre 25 y 50 %. La prueba de condición fetal sin Stress ejecutada dos veces por semana es suficiente. Si utilizamos este enfoque y se corrige la mortalidad por malformaciones congénitas, aquella es idéntica a la de la población no diabética; además la conducta expectante del médico ha permitido que la mayoría de las pacientes inicie parto espontáneo a término reduciendo así la necesidad de valoración preparto de la madurez del pulmón fetal (16), y es hasta este momento cuando en base al estado del binomio maternofetal se decide la interrupción del embarazo.

La infertilidad y la esterilidad no son indicaciones absolutas de cesárea, sin embargo con el ánimo de salvaguardar la vida del recién nacido se efectúan muchas cesáreas electivas por esta causa. No obstante es necesario recordar que en el Instituto Mexicano del Seguro Social cuando existe el antecedente de cuatro o más pérdidas perinatales, la mortalidad perinatal asciende de 12.-35 a 68.80 por 1000 nacidos vivos. Por otro lado no es infrecuente la edad avanzada en las pacientes estériles, por lo que en estas circunstancias la cesárea está indicada, pues la mortalidad perina

tal será insuficiente e ineficáz si no se observa este principio. Las técnicas de vigilancia fetal proporcionan tranquilidad y confianza al clínico en el sentido de que el feto tolera bien su matroambiente, pero su utilidad es muy precaria para identificar al sufrimiento fetal verdadero, ya que los resultados positivos falsos fluctúan entre 25 y 50 %. La prueba de condición fetal sin Stress ejecutada dos veces por semana es suficiente. Si utilizamos este enfoque y se corrige la mortalidad por malformaciones congénitas, aquella es idéntica a la de la población no diabética; además la conducta expectante del médico ha permitido que la mayoría de las pacientes inicie parto espontáneo a término reduciendo así la necesidad de valoración preparto de la madurez del pulmón fetal (16), y es hasta este momento cuando en base al estado del binomio materno-fetal se decide la interrupción del embarazo.

La infertilidad y la esterilidad no son indicaciones absolutas de cesárea, sin embargo con el ánimo de salvaguardar la vida del recién nacido se efectúan muchas cesáreas electivas por esta causa. No obstante es necesario recordar que el Instituto Mexicano del Seguro Social cuando existe el antecedente de cuatro o más pérdidas perinatales, la mortalidad perinatal asciende de 12.35 a 69.80 por 1000 nacidos vivos. Por otro lado no es infrecuente la edad avanzada en las pacientes estériles, por lo que en estas circunstancias la cesárea está indicada, pues la mortalidad perin

tal en estas pacientes se incrementa de 10.98 a 98.20 por 1,000 - nacidos vivos (11). En otros países esta patología es causa de cesárea en 3 a 4 % de todos los casos (27).

Embarazo Prolongado. La frecuencia de esta entidad clínica se ha estimado entre 7.5 y 10 % (32) En nuestros análisis dicha frecuencia fué mucho más baja que la esperada; ésto se debe a que un porcentaje alto de embarazos supuestamente prolongados se descartan mediante ultrasonografía, ya que únicamente se interrumpen por cesárea aquellos que presentan pruebas de condición fetal sin stress no reactivas, con trazo silente, disminución progresiva de la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal, aparición de desaceleraciones variables o periodos de bradicardia espontánea o asociada a contracciones. El Oligohidramnios importante es otra indicación de cesárea en estas pacientes (32).

En los mortinatos se efectuó cesárea por coexistir otras complicaciones. Identica situación se observó en isoimmunización materno fetal, púrpura, trombocitopénica y epilepsia. En el resto de las pacientes como las distocias de partes blandas, de contracción, óseas o cervicales, la indicación surgió durante el trabajo de parto o como una indicación absoluta.

Las complicaciones trans-operatorias y post-operatorias fue -

ron mínimas y en este grupo no hubo muertes maternas, sin embargo cabe señalar que Danforth encontró una mortalidad materna imputada a la cesárea 11.5 veces más alta que la ocasionada por el parto - (9) de ahí que Bigs (3) en su análisis señale que el incremento de la operación cesárea no sólo ha traído consigo un incremento en la morbilidad perinatal, sino también un significativo incremento en la morbilidad materna que por sí mismos son suficientes para atraer la atención tanto de los médicos, como de la comunidad y que siendo causa de 2 a 4 veces más de muertes maternas, en relación al parto deberá en lo sucesivo considerarse inteligentemente en cada embarazo (3).

La mortalidad perinatal en nuestro estudio fué de 25 por mil nacidos vivos, casi el doble de la reportada por O' Driscoll (10) y Gilstrap (15). Pero además un hecho de suma importancia es - que ambos autores no encontraron una reducción significativa de la morbimortalidad perinatal con el incremento de la cesárea, incluso Gilstrap ante un descenso significativo de la operación cesárea de 12.8 a 9.6 % de 1974 a 1981, encontró mortalidad perinatal de - 16.2 a 14.6 por mil nacidos vivos. De las observaciones de estos autores puede concluirse que la incidencia de la operación cesárea no necesariamente está relacionada con la mortalidad perinatal y - que por ello la operación tiene un límite finito (15).

Es indiscutible que la calificación baja de Apgar contribuyó a la mortalidad neonatal, sin embargo es más probable que la prematuréz haya influido más ostensiblemente pues ésta definitivamente es mucho más alta que la reportada para todo el instituto por Diaz del Castillo (11) de 4.9 % para los hospitales generales de zona y de 8.26 para los hospitales de gineco obstetricia, y aunque ello es reflejo del tipo de pacientes que se atiende en cada nivel de atención, nos preguntamos, si no la operación cesárea está contribuyendo a incrementar la incidencia de prematuros atendidos en nuestro Hospital (22.00 %).

R E S U M E N

Del 1o. de enero al 30 de septiembre de 1987 se analizaron - 850 expedientes de gestantes atendidas por cesárea, en el Hospital de Gineco Obstetricia Número 3, del Centro Médico "La Raza" I.M.S.S

La frecuencia de dicha operación fué de 49.47 %, la mayoría de las pacientes fueron primigestas, el 87 % fueron embarazos a término, 568 pacientes tuvieron una o más complicaciones durante la gestación.

El tipo de cesárea fué primaria en 68 %, repetida en 23 % e iterativa en 9 %; urgentes fueron 57 % y programadas 43 %.

Las indicaciones más importantes y en orden de frecuencia fueron: Enfermedades hipertensivas 21.7 %, distocia por desproporción cefalopélvica 12.8 %, cirugía uterina previa 12.7 %, sufrimiento fetal 12.7 %, presentaciones fetales atípicas 9.9 %, ruptura prematura de membranas 8.7 %, el sangrado, macrosomia fetal, diabetes mellitus, primigesta añosa, infertilidad y esterilidad y otras fueron las indicaciones restantes.

La morbilidad materna fué baja, no hubo mortalidad materna, La mortalidad perinatal fué de 25 por mil nacidos vivos y el índice de prematuros nacidos por cesárea de 21.6 %.

Estos datos reflejan el tipo de pacientes atendidas en Hospi-

tales de Especialidad, sin embargo también refleja una alta incidencia de cesárea que no va paralela con la disminución de la mortalidad perinatal esporada y que si tiene una relación importante con el índice de prematuréz observado en este hospital, por lo que en lo sucesivo se deberá evaluar inteligentemente la operación cesárea en aquellos rubros en los cuales es posible disminuirla como son: Cesárea anterior, Distocias, Ruptura Prematura de Membranas, Presentación pélvica, Embarazo gemelar, Producto valioso y otras. Además tendrán que revalorarse las indicaciones por baja reserva fetal diagnosticada por cardiotocografía, pués en varios países su sola implementación ha contribuido a incrementar ostensiblemente la operación cesárea.

hematuria (1), histerectomía total abdominal (2), adherencias múltiples (1), paro cardíaco reversible (1).

Complicaciones postoperatorias: Deciduomiotritis (8), dehiscencia de pared (2), no hubo muertes maternas en este grupo.

Estado del recién nacido: El total de muertes perinatales fueron 21 (2.5 %), de las cuales 10 (1.2 %) fueron prenatales, y 11 (1.3 %) neonatales.

La calificación de Apgar fué de menos de 5 en 15 (1.8 %) - de 5 a 7 en 102 (12%) y de los restantes 8 a 10.

El peso de los productos fué menos de 1000 grs. en 5, 1000 a 2,499 en 184 (21.6 %) de 2500 a 3999, 588 (69 %) no consignado en 38.

Las causas de muerte neonatal fueron: SIRS 7 (.8 %), Sepsis neonatal 2 (0.25 %), Anomalías congénitas 2 (0.25 %).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ESTR. TECN. EN
SALUD DE LA
BIOTECNIA

1. Angeles, W.C.D., Villalobos, R.M., Valdéz, M.J.E., Castro, Ch. F., Chávez, A.J. Estado Actual de la Operación Cesárea - en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" Ginec Obstet Mex. 54:67, 1986
2. Bell, D. Johansson, D' Mc Lean, F., Usher, H.R. Birth - Asphyxia, Trauma and Mortality in Twins. Has Cesarean Section Improved aout come. Am. J. Obstet Gynecol 154:235, 1986
3. Bigs, S.A.J. The Rise of the Cesarean Section: A Review. Aust, and N.Z. J. Obstet and Gynaec. 24:67, 1984
4. Blacman, R.L., Alger, S.L. and Crenshaw, C. Resultados Fetal y Neonatal en caso de Rotura Prematura de Membranas - Clinical Obstet and Gynec. 29 (4): 979, 1986
5. Collea, V.J. Asistencia Obstétrica en la Presentación de Nalgas. Clin, Perinat. 8 (1): 173, 1981
6. Coustau, R.D., Carpenter, W.M. Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Gestacional. Clin Obstet Gynec. 28 (3) 637, 1985
7. Crenshaw, C. Rotura Prematura de Membranas antes de término. Clin Obstet Gynec, 29 (4), 829, 1986

8. Czok, N., Hunter, D. Taylor, W., Trial of Labor After Previous Cesarean Section: Prognostic Indicators of out come.
Am J. Obstet Gynec. 142: 640, 1982
9. Danforth, D. Cesarean Section. JAMA. 263 (6): 811, 1985
10. O' Driscoll, K, Foley, M., Mac Donald, D. Active Management - of Labor as an alternative to cesarean section for Dystocia.
Obstet Gynecol. 63: 485, 1984
11. Díaz del Castillo, E. Bustamante, F. I.H. Salud Perinatal en México, Rev. Med. IMSS, 22:391, 1984
12. Evrard, R.J., Gold, M.E. Cesarean Section and Maternal Mortality in Rhode Island. Incidence and Risk Factors, 1965-1975.
Obstet and Gynecol. 50 (5): 594, 1977
13. Flamm, L.B. Parto Vaginal después de Cesárea: Controversias - antiguas y nuevas, Clin. Obstet and Gynec 28 (4) 925, 1985
14. Friedberg, V. Huchuli, E. Enfermedades Específicas del Embarazo PP 395, Gynecología y Obstetricia Tomo II, Kaser, O., - Ober, K.G., Thomsen K, Zande R.J. Salvat Editores S.A. Barcelona España, 1970
15. Gilstrap, C.L. Hauth and Toussaint, S. Cesarean Section - Changing Incidence and Indications. Obstet Gynecol 63: 205, - 1984

16. Golde, S. Platt, L. Pruebas Preparto en la Diabetes. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 28 (3): 649, 1985
17. Hollander, D. Diagnóstico de Corioamnioitis: *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 29 (4): 1027, 1986
18. Hon. H.E. Utilidad Clínica de la Vigilancia Instrumental del Latido Fetal. *Clin Obstet Gynec*, 18 (4): 1, 1975
19. López Ortiz, E. Magloire, M.P., Garay, S.E. La operación cesárea en el Hospital de Gineco Obstetricia 3"A" del IMSS - *Ginec Obstet Mex*. 51 (320): 315, 1983
20. Méndez, G.J. Historia Universal de la Operación Cesárea *Bol. Med. I.M.S.S.*, 18, 21, Enero de 1972
21. Narro, R.J.R., Camus, G.R., De Liens, D.C., Gutiérrez P.E. - Tendencia de los Embarazos terminados por cesárea en el Distrito Federal. *Salud Pública de Mex*. 26: 381-388, 1984
22. Neutra, R.R. Groeland, S. And Friedman, A.E. Effect of Fetal Monitoring on Cesárean Section Rates, *Obstet and Gynecol* 55-(2), 175, 1980
23. Nielsen, F.T. H.O, Hegard, R.H. Cesarean Section and Intra operative Surgical Complications. *Act. Obstet Gynec Scand*, - 63: 103, 1984

24. Nilsen, T.S., Lokling, A. Skarsten, W.K. Johannssen H.K. and Blaas, H.G. A comparison of Cesarean Section Frequencies in two Norwegian Hospitals. Act. Obstet Gynec Scand 62:555, - 1983
25. Philipson, H.E. Rosen, G.M. Tendencias en la Frecuencia de Partos por Cesárea. Clinical Obstet and Gynec. 28 (4):869, 1985
26. Ramos, J.M. Ruiz, J. Muxi, C. Evolución del Parto en Pacientes con cesárea anterior. Estudio retrospectivo de 674 casos Rev. Esp. Obstet and Gynec. 43:498, 1984
27. Ruiz V.V. La operación cesárea. La Prensa Médica Mexicana, - México 1971
28. Ruiz V.V. La Cirugía Durante el Estado Grávido Puerperal. - Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Méx. 1975
29. Seeds, W.J. Cefal, R.C. Presentaciones Anormales. Clin -- Obstet and Gynec, 25 (1): 155, 1982
30. Silbar, L.E. Factors Related to the Increasing Cesarean - Rates for Cephalopelvic Disproportion. Am J. Obstet Gynecol 154:1095-8, 1986
31. Villar, J. Belizan, M.J. The Evaluation of the Methods Used

in the Diagnosis of Intrauterine Growth Retardation, Obstet-
and Gynec Surv. 41 (4): 187, 1986

32. Weinglod, B.A. Tratamiento del Embarazo Prolongado, pp --
69-85. The Year Boock of Obstetrics and Gynecology.
Year Boock Medical Publishers, Inc. Chicago, USA, 1982
33. Yudkin, P.C., Redman, C.W.G. Caesarean Section Dissected -
1978-1983, Brit J. Obstet and Gynaec, 93: 135, 1986