

11217

215 2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

S. S.

OPERACION CESAREA: FRECUENCIA E
INDICACIONES EN EL HOSPITAL GENERAL
"DR MANUEL GEA GONZALEZ"

Tesis de Postgrado

Que para obtener la especialidad en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

Dra. Rosa Villavicencio Enriquez

Asesor: Dr. Sergio Rosales Alba



México, D. F.



1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	8
DISCUSION	15
TABLAS Y GRAFICAS	19
RESUMEN	26
BIBLIOGRAFIA	28

INTRODUCCION:

LA ATENCION OBSTETRICA.

Las primeras noticias sobre la atención obstétrica se tienen desde los tiempos bíblicos, cuando el parto era atendido por las matronas, quienes eran autodidactas y carecían de preparación; ellas ejercieron el monopolio de la atención obstétrica hasta el siglo XVI, en base a su habilidad y al hecho de que esta actividad estuvo desacreditada durante muchos siglos, --- siendo considerada inferior a la dignidad del médico. (1)

La escuela Hipocrática (siglo V, a. de C.), cuenta con varios tratados para la atención obstétrica: Monografía sobre la Generación, Naturaleza del niño, Embarazo de 7 meses, Embarazo de 10 meses, Tratado de Partos, Sobre las Enfermedades de la Mujer, Sobre la extracción del feto muerto. (2)

Sorano de Efeso (98-138 a. de C.), fué la primera autoridad médica de Grecia en Obstetricia, escribió un libro de texto para las matronas, el cual sirvió de base para la atención obstétrica en Europa, ya que en 1513, Röslin publica un libro de Obstetricia, basado casi totalmente en la obra de Sorano, y cuyo mérito principal fué estar escrito en el alemán de la época, haciéndolo accesible a gran número de matronas.

Su traducción inglesa, tuvo una gran popularidad por más de cien años.

Scipione Mercurio (año 1595), realizó una guía para las matronas, la cual alcanzó veinte ediciones. e incluye una descripción de la operación cesárea y es el primer libro que menciona a la estenosis pélvica como indicación para tal intervención.

A principios del siglo XVII, Louise Bourgeois, llamada Bourcier, comadrona de Marfa de Médicis, publicó un tratado introduciendo algunas ideas nuevas. En 1668, Francois Mauriceau, -- tocólogo Jefe del Hotel-de-Dieu de París, publicó un tratado sobre las enfermedades de las mujeres embarazadas, que es una recopilación de observaciones de sus antecesoras, puestas en práctica por él, este libro se tradujo a casi todas las lenguas.

En la época de transición del siglo XVII al XVIII, la familia de médicos Chamberlayne, ingleses, inventaron un instrumento para extraer la cabeza del producto, cuando ésta encuentra obstáculos. Posteriormente, John Palfyn, médico de Gante, -- construye un instrumento similar, que fué perfeccionado y modificado por Smellie en Inglaterra y por Levret en Francia, siendo denominado "fórceps".

Smellie y Denman, en el siglo XVIII, publican otros tratados de Obstetricia de importancia para la época. (1,2)

LA OPERACION CESAREA.

ORIGEN DEL TERMINO.

Durante el reinado de Numa Pompilius (715-672 a. de C.), se decretó que todo producto sería extraído del vientre de las madres que fallecieran en el embarazo avanzado. Inicialmente llamada Lex Regia, durante el reinado de los Césares toma el nombre de Lex Cesarea. (1,2)

Otro posible origen del nombre cesárea, puede ser de la derivación del verbo latino CAEDERE (cortar), CAESURA (corte), llamando a la cesárea "partus caesareus".

También existe la creencia, muy difundida, de que Julio César (100 a. de C.), nació mediante cesárea, por lo cual tomó este nombre. Esto es poco probable, ya que la operación se llevaba a cabo únicamente en mujeres fallecidas o agonizantes y existen pruebas de la supervivencia de la madre del César.

Hay otras referencias antiguas a este procedimiento, en leyendas como la que refiere que Buda nació a través del costado materno o Brahma, que nació a través del ombligo de su madre. (1,2)

En 1,500 d. C., un capador de cerdos, suizo, realizó una operación a su esposa, extrayendo un niño vivo. La esposa sobrevivió muchos años, teniendo más hijos, por lo cual esto se ha interpretado como una laparotomía por embarazo abdominal.

Existen otras referencias apócrifas sobre la operación cesárea realizada antiguamente en mujer viva. La primera referencia auténtica sobre cesárea en mujer viva data de 1610, habiéndose realizado el 21 de abril de ese año, por los cirujanos -- Trautmann y Gusth, la mujer sobrevivió 25 días.

Desde 1650 hasta finales del siglo XVIII la operación se llevó a cabo en 24 pacientes en París, sin que se reporte supervivencia en este grupo, Denman en Inglaterra, reporta cifras similares. (1)

En la primera mitad del siglo XIX hay una ligera mejoría en los índices de mortalidad. En 1867 Nuyér refiere una mortalidad del 54%. En Inglaterra se reporta durante el mismo período una mortalidad del 52.5%.

La primera operación exitosa en los E.U., se llevó a cabo por el cirujano Jesse Bennett, sobreviviendo la madre y el niño. (1)

A mediados del siglo XIX los cirujanos discutían sobre la noción de que la herida uterina no necesita más tratamiento que la limpieza, se decía que las suturas eran peligrosas y exponían a la peritonitis. En 1769 Lebas, en Francia, cerró con tres hebras de seda, las suturas no reabsorbibles comenzaron a utilizarse, dejándose largas, protruyendo a través de la herida para retirarse después, complicándose generalmente con peritonitis. En 1882 Max Sänger escribe una monografía en la que demuestra la importancia capital del cierre preciso de la herida uterina e introduce la hemostasia mediante sutura y aproximación correcta de los bordes musculares, siendo controlada la hemorragia pero persistiendo la infección como causa de mortalidad. Sänger utilizaba la incisión media longitudinal del útero hasta el fundus, esta se conoce desde entonces como Clásica.

En 1805 Osiander había creado, aplicado y recomendado la incisión segmentaria, pero esta no fue reconocida hasta cien años más tarde, cuando Frank la modifica y la da a conocer. (1,2,3)

En 1876 Edoardo Porro, de la Clínica Porro en Milán, aplica la histerectomía en el parto abdominal, realizando el 27 de abril del mencionado año, en una paciente primigesta de 25 años con estenosis pélvica, operación cesárea, obteniendo un producto de 3,300 grs., al no poder controlar la hemorragia en los bordes de la herida, aplicó sutura de alambre, extirpando el útero y el ovario izquierdo. La paciente se recuperó totalmente. Posteriormente la cesárea histerectomía fue llamada Operación de Porro, utilizándose generalmente en el parto abdominal hasta la época moderna, en que cambiaron totalmente sus indicaciones. En 1907 se describe la primera cesárea extraperitoneal.

En 1912 Krönig utiliza una técnica que abre horizontalmente el peritoneo visceral de un ligamento redondo al otro y separando la vejiga. La histerotomía era media vertical a nivel del segmento y la obtención del producto con fórceps, posteriormente se cubría la histerorrafia con el peritoneo. Esta técnica fue introducida en los E.U., por Beck y De Lee entre otros.

En 1926 Kerr introduce la histerotomía segmentaria transversal, que en la actualidad es la más utilizada. (3)(19)

Durante los últimos 75 años las mejoras en la técnica quirúrgica, asepsia, y el uso de transfusiones y antibióticos han convertido a la operación cesárea en una de las más inocuas, dominando sus principales problemas: hemorragia e infección.

La operación cesárea, laparotomía o parto abdominal es el parto de un producto que pese 500 gramos o más por vía abdominal y otra a través del útero.

En la década de los 60's la cesárea tenía una frecuencia aproximada del 2 al 10%. En los años 70's la frecuencia fue del 5 al 10%. Actualmente varía desde un 5 a 20%, presentando su mayor frecuencia en los países de América en comparación con Europa. (4,5,24).

En México Ruiz Velasco reporta hasta 1970, una frecuencia del 6.68%. (23)

Existen múltiples indicaciones para la operación cesárea, la siguiente clasificación se encuentra basada en la de Danforth. (1986) (1)

Se consideran 4 grupos de indicaciones:

I.- Cuando es necesario evitar el trabajo de parto:

- a) Placenta previa central o total.
- b) Cesárea previa de tipo clásico.
- c) Miomectomía anterior.
- d) Cirugía vaginal o uterina previa.
- e) Inserción velamentosa del cordón umbilical y vasa previa.
- d) Prolapso de cordón umbilical.

II.- Cuando hay que interrumpir el embarazo y no es conveniente la inducción.

- a) Isoinmunización maternofetal.
- b) Diabetes mellitus.
- c) Trastornos hipertensivos graves.
- d) Malpresentación fetal.
- e) Ruptura prematura de membranas, con amnioftis y sin trabajo de parto.

III.- Cuando existe distocia.

- a) Desproporción cefalopélvica.
- b) Presentaciones fetales anormales.
- c) Alteraciones funcionales miométriales.
- d) Tumores de útero o anexos, que provoquen disfunción del trabajo de parto.
- e) Extracción de segundo gemelo.
- f) Distocia de cérvix.

IV.- Urgencias maternas o fetales.

- a) Abruption placentae de importante extensión.
- b) Enfermedades maternas graves.
- c) Placenta previa sangrante.
- d) Sufrimiento fetal agudo.
- e) Prolapso de cordón umbilical.

Se considera que aproximadamente el 52% de todas las cesáreas están indicadas por cesárea previa, un 2% por situaciones en las que hay que evitar el parto, la distocia ocupa el 26% y las urgencias maternas o fetales el 19% de todas las cesareas. (1,5,10,24)

Las contraindicaciones para la intervención cesárea son las siguientes:

- a) Ausencia de indicación precisa.
- b) Infección piógena abdominal.
- c) Feto anormal o muerto.
- d) Falta de recursos: Personal adiestrado, quirófano, etc.

El tipo de laparotomía utilizado varía según las condiciones de la paciente, el tipo de hospital (hospital escuela o privado), etc., siendo las incisiones más utilizadas la media infra umbilical, y la incisión de Pfannonstiel. (1,3,4,5,6,21,23)

La incisión uterina más utilizada es la segmentaria transversal o de Kerr, ya que presenta varias ventajas sobre las incisiones verticales porque respeta los haces musculares segmentarios (se realiza en la misma dirección que estos), permite la práctica de la incisión con o sin trabajo de parto y, la cicatrización ocurre en mejores condiciones locales, con mejor pronóstico para un trabajo de parto posterior. (1,4,5,8,15,24)

ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILACTICA EN LA CESAREA.

Dada la incidencia de infección postoperatoria en las pacientes sometidas a cesárea, se considera en la literatura actual, que las pacientes sometidas a una primera cesárea, tienen un riesgo del 10 al 85% de presentar infección postoperatoria, de pendiendo de sus factores de riesgo y su estado socioeconómico.

En las pacientes de alto riesgo se considera que la incidencia de infección es del 40 a 85%. En contraste, el riesgo de infección postoperatoria en pacientes en quienes se realiza una nueva cesárea es de mános del 20%.

Se ha demostrado la eficacia de la antibioticoterapia periooperatoria, sin embargo, esta debe basarse en las condiciones,-

tanto ambientales, como individuales de la paciente, ya que el uso de antibióticos no es inocuo y presenta el riesgo de selección bacteriana, además de la importancia de los costos. (1, 11, 17, 19, 20)

Las complicaciones de la operación cesárea comprenden la hemorragia, la fiebre, endometritis, infección de la laparotomía, infección de las vías urinarias, aspiración, atelectasia, tromboflebitis, embolia pulmonar, etc. Algunas de estas complicaciones pueden tener una frecuencia del 25 al 50%. (1, 11, 17, 24, 25)

Las complicaciones tardías son la obstrucción intestinal y la dehiscencia de cicatriz anterior. (1, 8, 23)

El objetivo del presente trabajo es determinar la frecuencia de la operación cesárea, así como las indicaciones de la misma en el Hospital "Dr. Manuel Gea González", así como conocer los factores relacionados que modifiquen la evolución de la paciente y que sean susceptibles de ser mejorados, así como hacer una comparación con trabajos similares realizados tanto en nuestro país como en el extranjero.

MATERIAL Y METODO.

Se estudiaron todos los expedientes de las pacientes a quienes se realizó operación cesárea en el lapso del 1.º de Enero de 1986 al 1.º de Enero de 1987.

Se tomaron en cuenta los siguientes parámetros:

Edad, paridad, edad gestacional, ausencia o presencia de trabajo de parto, tipo de cesárea, tipo de incisión de laparotomía, peso del producto, apgar del producto, oclusión tubaria bilateral al momento de la cesárea, antecedentes patológicos maternos, complicaciones del embarazo, complicaciones postoperatorias, malformaciones congénitas e indicaciones de la intervención.

La frecuencia se expresará con porcentajes del total atendido con operación cesárea, en relación con el total de ingresos al Servicio de Obstetricia en el lapso mencionado. La morbilidad se expresará en porcentajes del total de pacientes operadas.

R E S U L T A D O S .

Durante el lapso comprendido entre el 1o. de Enero de 1986 - al 1o. de Enero de 1987, se registraron 4,548 ingresos al Servicio de Obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"; de los cuales el 62.6% correspondió a partos atendidos por vía vaginal, el 12.8% a legrado uterino por abortos y embarazo molar y, el 4.33% a ingresos por otras patologías diversas como amenaza de parto prematuro, embarazo ectópico, etc.

Estos resultados se muestran en la tabla 1.

TABLA 1

TOTAL DE INGRESOS AL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN EL AÑO DE 1986.		
	# CASOS	FRECUENCIA
PARTOS VAGINALES	2,848	62.7%
LEGRADOS UTERINOS	584	12.8%
CESAREAS	919	20.2%
OTROS	197	4.3%
TOTAL	4,548	100%

El número de cesáreas fué de 919, de las cuales se excluyeron 41 expedientes por presentar datos incompletos, quedando un total de 878 intervenciones, las cuales se analizaron de la siguiente manera:

EDAD MATERNA.

Respecto a la edad materna, se observó que la operación cesárea tiene su mayor frecuencia entre las edades de 21 a 34 años, que corresponde al período de mayor actividad sexual y reproductiva.

TABLA 2

EDAD MATERNA		
AÑOS	# CASOS	FRECUENCIA
12-20	272	30.9%
21-34	539	61.5%
35-45	67	7.6%
TOTAL	878	100%

EDAD GESTACIONAL.

Se obtuvo un 2.2% correspondiente a productos prematuros, un 2.39% para productos postmaduros y un 95.5%, se encontró dentro de los límites de término.

TABLA 3

EDAD GESTACIONAL		
SEMANAS	# CASOS	FRECUENCIA
30-35	20	2.2%
36-42	837	95.5%
43 y más	<u>21</u>	<u>2.3%</u>
TOTAL	878	100 %

PARIDAD.

En el grupo de multigestas se encontró el porcentaje mayor, con un 52.74%.

TABLA 4

P A R I D A D .		
	# CASOS	FRECUENCIA
PRIMIGESTAS	415	47.26%
MULTIGESTAS	<u>463</u>	<u>52.74%</u>
TOTAL	878	100 %

TRABAJO DE PARTO.

Se determinó el número de pacientes que presentaron trabajo de parto previo a la cesárea; este constituye el 80% del total.

TABLA 5

TRABAJO DE PARTO		
	# CASOS	FRECUENCIA
CON TRABAJO DE PARTO	703	80.06%
SIN TRABAJO DE PARTO	<u>175</u>	<u>19.94%</u>
TOTAL	878	100 %

EDAD GESTACIONAL.

Se obtuvo un 2.2% correspondiente a productos prematuros, un 2.39% para productos postmaduros y un 95.5%, se encontró dentro de los límites de término.

TABLA 3

EDAD GESTACIONAL		
SEMANAS	# CASOS	FRECUENCIA
30-35	20	2.2%
36-42	837	95.5%
43 y más	<u>21</u>	<u>2.3%</u>
TOTAL	878	100 %

PARIDAD.

En el grupo de multigestas se encontró el porcentaje mayor, con un 52.74%.

TABLA 4

P A R I D A D .		
	# CASOS	FRECUENCIA
PRIMIGESTAS	415	47.26%
MULTIGESTAS	<u>463</u>	<u>52.74%</u>
TOTAL	878	100 %

TRABAJO DE PARTO.

Se determinó el número de pacientes que presentaron trabajo de parto previo a la cesárea; este constituye el 80% del total.

TABLA 5

TRABAJO DE PARTO		
	# CASOS	FRECUENCIA
CON TRABAJO DE PARTO	703	80.06%
SIN TRABAJO DE PARTO	<u>175</u>	<u>19.94%</u>
TOTAL	878	100 %

TIPO DE CESAREA.

Se realizó cesárea tipo Kerr en el 98.9 de los casos, corporal en el 0,9% y se reportó una incisión en ancla en un caso, en el cual no fué posible extraer al producto mediante incisión transversa segmentaria.

TABLA 6

TIPO DE CESAREA	# CASOS	FRECUENCIA
KERR	869	99.0%
CORPORAL	8	0.9%
ANCLA	<u>1</u>	<u>0.1%</u>
TOTAL	878	100.%

TIPO DE INCISION.

Se realizó incisión media infraumbilical en el 97.26% de las pacientes, el resto correspondió a incisiones de tipo -- transverso.

TABLA 7

TIPO DE INCISION	# CASOS	FRECUENCIA
PFANNENSTIEL	20	2.27%
COHEN	4	0.45%
MEDIA INFRAUMBILICAL	<u>854</u>	<u>97.26%</u>
TOTAL	878	100.%

PESO DE LOS PRODUCTOS.

Se obtuvo un 83.3% dentro de los límites de término por peso, un 9,9% correspondiente a productos prematuros, un 2.2% de productos inmaduros y el 4.7% de productos macrosómicos.

TABLA 8

PESO DE LOS PRODUCTOS	# CASOS	FRECUENCIA
GRAMOS		
Menos de 1,500	18	2.2%
2000 a 2500	87	9.8%
2600 a 3900	731	83.3%
Mayor de 4000	<u>42</u>	<u>4.7%</u>
TOTAL	878	100.%

APGAR.

Se registró la valoración Apgar de los productos, al minuto y a los 5 minutos, encontrándose que el 95.1% correspondió a los valores de 6-9 a los 5 minutos, el 4.4% presentó menos de 5 a los 5 minutos y un solo producto presentó calificación de 10 a los 5 minutos. Se registraron 3 óbitos.

TABLA 9

A P G A R	# CASOS %		# CASOS %	
	1 minuto		5 minutos	
Menor o igual a 5	51	5.8%	39	4.44%
6 a 9	823	93.75%	835	95.12%
10	1	0.11%	1	0.11%
OBITO	3	0.34%	3	0.34%
TOTAL	878	100.0%	878	100.0%

OCLUSION TUBARIA BILATERAL Y CESAREA.

La frecuencia de la oclusión tubaria bilateral en el grupo de pacientes intervenidas por cesárea fué del 10.9%.

En todos los casos la indicación fué paridad satisfecha.

TABLA 10

OCLUSION TUBARIA BILATERAL Y CESAREA	%
TOTAL DE PACIENTES	878 100%
NUNERO DE CASOS	96 10.9%

ANTECEDENTES PATOLOGICOS MATERNOS.

Se registraron los casos de enfermedad materna relacionados con el riesgo materno fetal. Estos resultados se desglosan en la tabla siguiente.

TABLA 10

ANTECEDENTES PATOLOGICOS MATERNOS	# CASOS	FRECUENCIA
Operación de Strasmann	1	0.11%
Aborto habitual	3	0.34%
Epilepsia	1	0.11%
Hidrocefalia	1	0.11%
Cardiopatía reumática inactiva	3	0.34%
Diabetes	4	0.50%
Hipertiroidismo	1	0.11%
TOTAL	<u>14</u>	<u>1.62%</u>

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

Se encontraron las siguientes complicaciones de la gestación al momento del ingreso de la paciente.

TABLA 11

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	# CASOS	FRECUENCIA
ECLAMPSIA	7	0.79%
OBESIDAD DE 3er. GRADO	1	0.11%
PREECLAMPSIA	65	7.40%
HIPERTENSION CRONICA AGUDIZADA	5	0.58%
TOTAL	<u>79</u>	<u>8.90%</u>

MALFORMACIONES CONGENITAS.

Se obtuvieron 3 productos con malformaciones congénitas, - lo que constituye el 0.34% del total.

TABLA 12

MALFORMACIONES CONGENITAS	# CASOS	FRECUENCIA
Anencefalia	2	0.22%
Hidrocefalia	1	0.11%
TOTAL	<u>3</u>	<u>0.33%</u>

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

La endometritis fué la principal complicación con un porcentaje del 2,6% del total. En la tabla 13 se exponen estas complicaciones incluyendo a la preeclampsia, la eclampsia y la hipertensión crónica, que constituyeron el grupo de mayor importancia dentro de las complicaciones postoperatorias.

TABLA 13

<u>COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.</u>		
	<u># CASOS</u>	<u>FRECUENCIA</u>
Endometritis	23	2.6%
Fiebre	17	1.9%
Absceso de pared	16	1.8%
Retención de restos placentarios	15	1.7%
Infección de vías urinarias	9	1.02%
Corioamnioftis	6	0.68%
Infección uterina que ameritó histerectomía total abdominal	6	0.68%
Atonía uterina	2	0.22%
Edema cerebral	1	0.11%
Choque séptico	1	0.11%
Eclampsia	7	0.79%
Preeclampsia	65	7.40%
Hipertensión crónica agudizada	5	0.57%
TOTAL	180	20.50%

INDICACIONES DE CESAREA .

Las indicaciones para la intervención se dividieron en 7 grupos, por orden de frecuencia.

A) DESPROPORCION CEFALOPELVICA.

Esta indicación ocupa el 30.63% del total y se encuentra desglosada en la gráfica 1.

B) CESAREA ANTERIOR.

Se analizaron 140 pacientes con esta indicación, encontrando que

que 34 pacientes presentan una sola cesárea previa y 62 pacientes cuentan con dos o más cesáreas previas. Gráfica 2.

C) DISTOCIA.

Dentro de este grupo se consideraron: la disfunción uterina, que ocupa el 12.52% del total de cesáreas, y la distocia de --partes blandas, que forma un 1.02% del total. Gráfica 3.

D) MALPRESENTACION FETAL.

La presentación pélvica ocupa la mayor incidencia con 93 pacientes (10.59%), seguida por la situación transversa y la presentación de frente. Gráfica 4.

E) INDICACION FETAL.

En este grupo el mayor porcentaje corresponde al sufrimiento fetal agudo, con 53 pacientes (6.03%), el embarazo gemelar con 15 pacientes (1.70%), la prematuridad y postmadurez por edad gestacional, el prolapso y proclíbita de cordón y la indicación de producto valioso. Gráfica 5.

F) COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

Se incluyeron en este grupo la preeclampsia-eclampsia, la iso inmunización materno fetal, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserita, la placenta de inserción baja y el polihidramnios. Gráfica 6.

G) INDICACIONES MATERNAS.

La infección genital materna ocupa el 1er. lugar en este grupo con el 1.93%, seguido de la edad materna con el 1.13%, la cardiopatía reumática con el 0.34%, y la diabetes con el 0.45% se incluyeron también, una paciente con miomatosis uterina, una paciente con hidrocefalia y, una paciente con cirugía previa por malformación congénita (Operación de Strassman).

D I S C U S I O N .

Se analizaron 878 operaciones cesárea de un grupo de 919, registradas en los ingresos al Servicio de Obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", durante el lapso del 1.º de Enero de 1986 al 1.º de Enero de 1987.

El porcentaje de frecuencia obtenido para la intervención, - fué del 20.2%, el cual se encuentra en el límite superior de - las cifras establecidas para las instituciones de nuestro país y los Estados Unidos para la presente década. (1,24,26)

De éstas pacientes un 30.9% corresponde a pacientes menores de 20 años de edad, formando un grupo importante de alto riesgo; ésto se encuentra en relación con el grupo de edad menor de 20 años en nuestro país, que forma aproximadamente el - 50% de nuestra población.

Respecto a la edad gestacional, encontramos un 2.2% que corresponde a productos prematuros, y un 2.39% de productos post maduros, que forman un grupo de alta morbilidad, con el consiguiente aumento de los costos de los recursos para su manejo.

Esta cifra es similar a la encontrada en otras instituciones del país. (26)

El 52.74% de las pacientes operadas son multigestas, en comparación del 47.26% de pacientes primigestas del mismo grupo, - esta similitud de porcentajes se debe a que en nuestra Institución se da preferencia de ingreso a las pacientes primigestas, así como a las pacientes multigestas que presenten factores de riesgo importantes para la gestación, por lo cual el porcentaje de multigestas intervenidas es mayor que las cifras reportadas tanto en el país como en el extranjero. (1,3,4,5,16,24,26)

El 80% de las pacientes intervenidas presentó trabajo de parto previo a la cesárea, lo cual es debido a que la mayor parte de las pacientes no ha llevado control prenatal y se presentan al iniciarse la actividad uterina, para su atención y tratamiento.

Solamente en el 2.6% de las pacientes se realizó incisión -

transversa de laparotomía, ya que en el resto de las pacientes existieron contraindicaciones para dicho tipo de incisión, como ruptura prematura de membranas, urgencia materna o fetal, etc.

Se obtuvo un 9.9% de productos prematuros por peso, un 4.7% de productos macrosómicos y un 2.2% de productos inmaduros, datos que, en su conjunto nos muestran un 16.7% de productos de alta morbimortalidad, lo que sugiere que debe mejorarse el diagnóstico preoperatorio, para establecer el mejor momento para la intervención, tanto para la madre como para el producto, así como para evitar operaciones innecesarias con extracción de productos con mínimas expectativas de supervivencia. Estos datos concuerdan con los de otras instituciones mexicanas. (23,26)

Un 4.4% de los productos presentó un Apgar menor de 5 a los 5 minutos, por lo que consideramos que debe mejorarse la vigilancia fetal transparto, ya que en los productos con baja calificación Apgar a los 5 minutos, existe una mayor incidencia de secuelas neurológicas que afectarán su desarrollo a largo plazo. (24)

El 1.62% de las pacientes presentó padecimientos crónicos que constituyen alto riesgo materno fetal; dentro de este grupo no se registraron complicaciones de importancia previas ni posteriores a la cesárea, lo que nos demuestra un tratamiento y vigilancia adecuados.

Dentro de las complicaciones del embarazo encontramos que la preeclampsia-eclampsia ocupa un 8.2% del total, esta cifra, -- que puede considerarse alta en comparación con las de países desarrollados, se encuentra directamente relacionada con la deficiencia socioeconómica y educacional de nuestra población y solamente disminuirá cuando se modifiquen estos factores, por lo cual consideramos la conveniencia de implementar dispositivos de educación para la Salud, con el fin de utilizar los recursos existentes para obtener el mejoramiento materno fetal. (1,3,22,26)

El 0.34% corresponde a productos con malformaciones que -- comprometen la vida, cifra similar a la reportada en instituciones que cuentan con métodos de gabinete y laboratorio para-

la detección de los mismos. (1,25)

El 0.68% de las pacientes se intervino con el diagnóstico de alto riesgo por edad materna menor de 20 años, todas fueron -- primigestas y de éstas, 3 (0.34%) presentaron complicaciones infecciosas graves que ameritaron histerectomía total abdominal, lo que termina con su vida reproductiva. Una paciente presentó peritonitis aguda y choque séptico; una paciente perdió el producto. Sabemos que el riesgo de infección postcesárea puede ser hasta 27 veces más alto en relación al parto vaginal lo que depende de los factores de riesgo presentes en la paciente. En nuestras pacientes éstos son: Un medio socioeconómico bajo, malnutrición y la falta de vigilancia del embarazo.

Considerando estos datos y la alta morbilidad encontrada en nuestro grupo, consideramos que debe valorarse integralmente a la paciente antes de tomar la decisión de realizar cirugía con la indicación única de edad materna menor de 20 años. (24)

El 3.7% del total correspondió a pacientes que se intervinieron con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas sin trabajo de parto, con inductoconducción fallida. El período de vigilancia e inductoconducción varió de 0 a 24 hrs., las deficiencias encontradas en los partogramas y notas de evolución de los expedientes, sugieren que deberán mejorarse tanto la vigilancia materno fetal, como las técnicas de inductoconducción para disminuir este porcentaje. (9,10)

Las indicaciones de malpresentación fetal, desproporción cefalopélvica, distocia de partes blandas, las indicaciones maternas y la cesárea anterior presentan porcentajes similares a los reportados por diversos autores nacionales e internacionales. (1,3,4,5, 12, 15,21,24,25)

Dentro del grupo de cesárea anterior un 7.06% está formado por pacientes con dos o más cesáreas anteriores. Teniendo en cuenta que en nuestro medio, generalmente se sugiere y se realiza oclusión tubaria bilateral en la tercera cesárea, pensamos que este porcentaje se reducirá proporcionalmente.

En nuestro grupo el porcentaje de oclusión tubaria bilateral

fué del 10.9%.

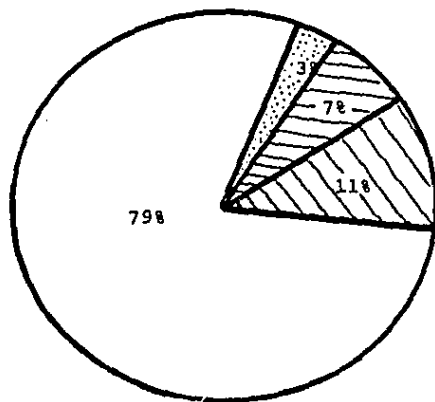
El 12.52% del total corresponde a la indicación de distocia por detención de la fase activa de trabajo de parto, esta cifra se encuentra alta en comparación a instituciones del extranjero pero semejante a reportes de nuestro país, lo que puede deberse a una insuficiente vigilancia materno fetal y a mal manejo de las complicaciones del trabajo de parto, ya que no se -- mencionan en los expedientes otros factores asociados, como -- malpresentación fetal o desproporción cefalopélvica. (24,26)





Un 6.03% de las pacientes presentó la indicación de sufrimiento fetal agudo, este porcentaje es bajo en relación a la literatura nacional e internacional (24,26), y al correlacionar a estas pacientes con el apgar obtenido por el producto a los 5 minutos, encontramos un 1.6% de productos con apgar entre 6 y 9 de calificación, lo que puede deberse a una mala interpretación de los datos de sufrimiento fetal. (14)

El resto de las indicaciones se encuentra dentro de las cifras reportadas tanto en nuestro país como en el extranjero. (1,4,5,13, 21, 22,24,25).

GRAFICA 1.

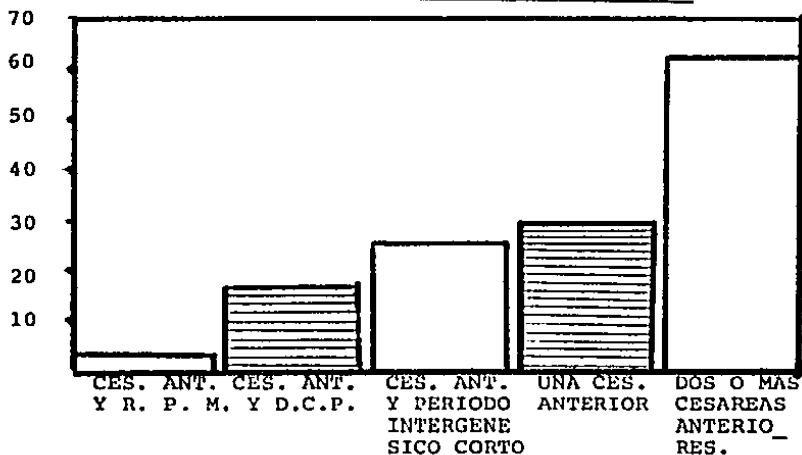
DESpropORCION CEFALOPeLVICA .



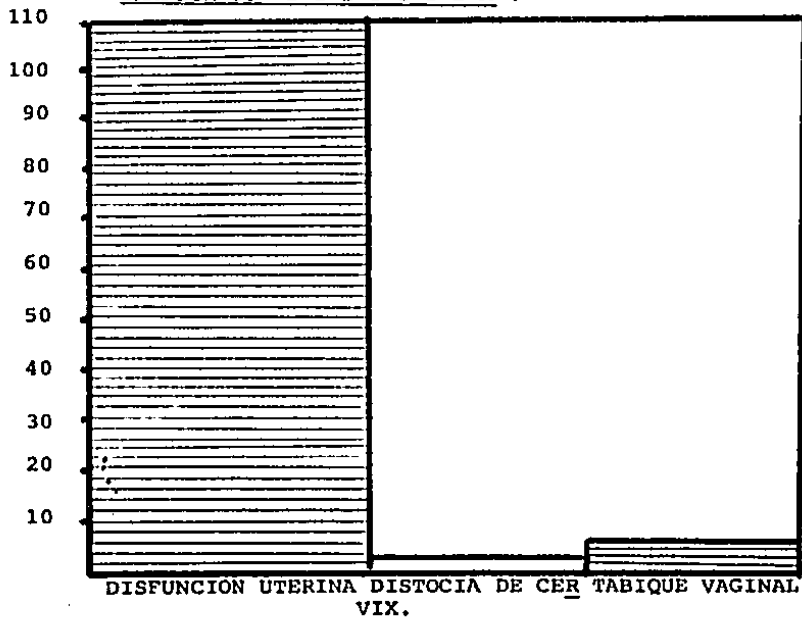
-  DESpropORCION C. P. DE ORIGEN MATERNO.
-  DESpropORCION C. P. DE ORIGEN FETAL
-  DESpropORCION C. P. DE ORIGEN MIXTO (MATERNO FETAL.
-  DESpropORCION C. P. ASOCIADA A SUFRIMIENTO FETAL AGUDO.

TOTAL: 269 PACIENTES.

GRAFICA 2. C E S A R E A A N T E R I O R

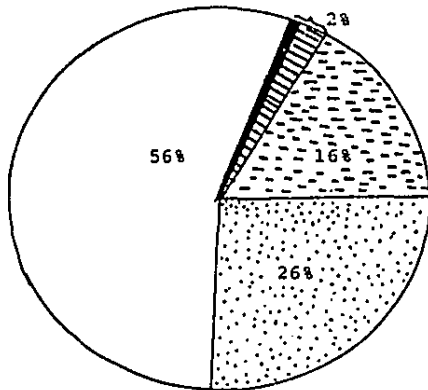







GRAFICA 3. D I S T O C I A .



GRAFICA 4.

MALPRESENTACION FETAL.

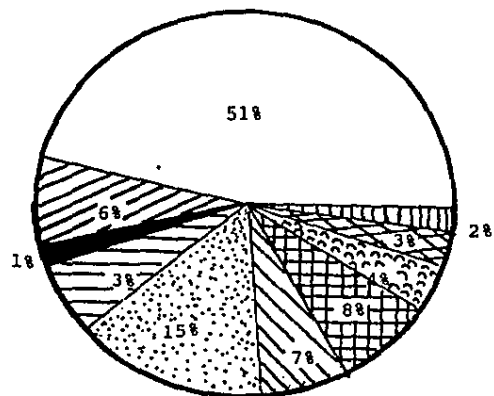


-  SITUACION TRANSVERSA.
-  SITUACION OBLICUA.
-  PRESENTACION PELVICA COMPLETA
-  PRESENTACION PELVICA INCOMPLETA
-  PRESENTACION DE FRENTE

TOTAL: 114 PACIENTES.

GRAFICA 5.

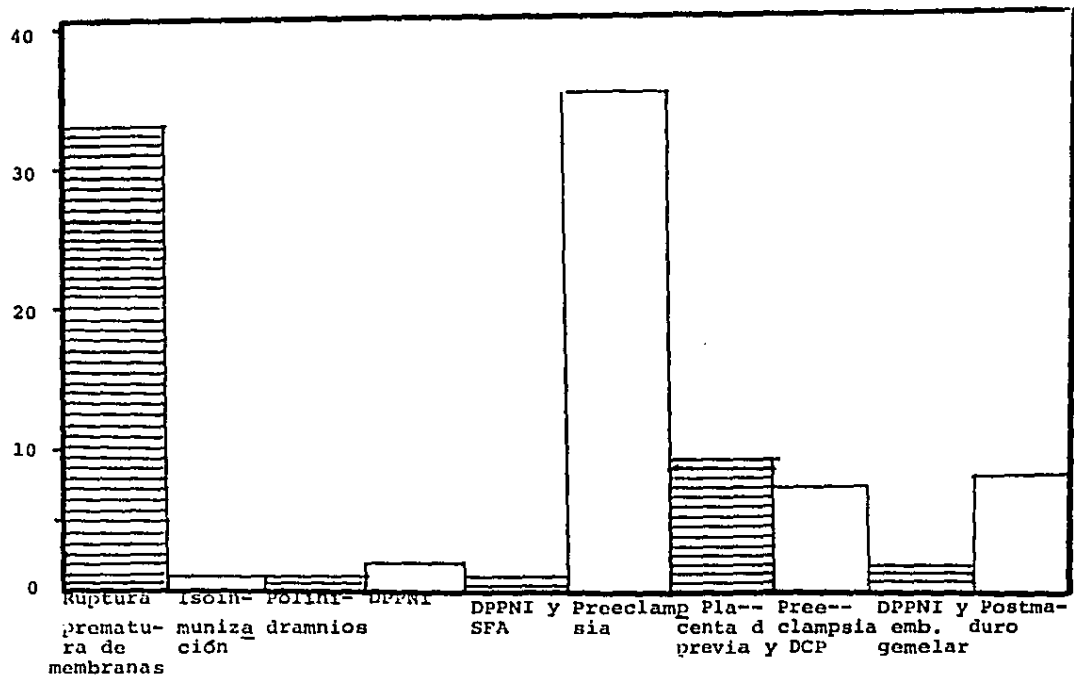
INDICACION FETAL.



- ⊞ PROCUBITO DE CORDON
- ⊞ PROLAPSO DE CORDON
- ⊞ PRODUCTO VALIOSO
- ⊞ PREMATUREZ
- ⊞ POSTMADUREZ
- ⊞ GEMELAR
- SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
- ⊞ SUFRIMIENTO FETAL CRONICO
- ⊞ POSTMADUREZ Y DCP
- POSTMADUREZ Y PREECLAMPSIA

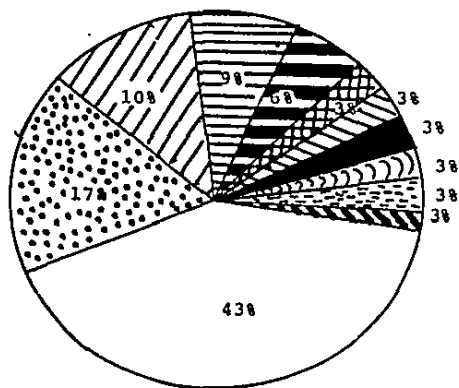
TOTAL: 102 PACIENTES

GRAFICA 6. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.



GRAFICA 7.

INDICACIONES MATE RNAS .

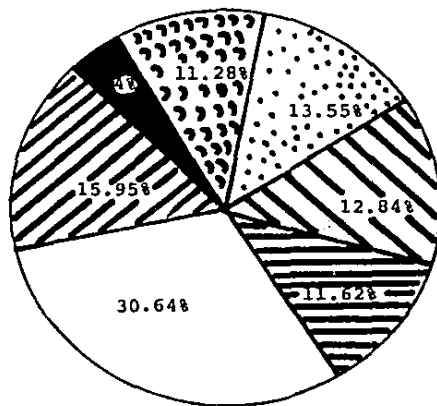


- ⊗ MIOMATOSIS UTERINA.
- ⊖ DIABETES MELLITUS.
- ⊕ CARDIOPATIA REUMATICA INACTIVA
- ⊗ PRIMIGESTA ANOSA.
- ⊗ EDAD MENOR DE 20 AÑOS.
- ⊗ HIDROCEFALIA.
- ⊗ CIRUGIA PREVIA UTERINA.
- HERPES GENITAL.
- ⊗ CONDILOMATOSIS VULVAR.
- ⊗ ABSCESO PELVICO Y EMBARAZO.

TOTAL: 99 PACIENTES.

GRAFICA 8. TOTAL DE CESAREAS.

INDICACIONES.



- DESproporcion CEFALOPELVICA.
- ◐ CESAREA PREVIA.
- ◑ INDICACION FETAL.
- ◒ DISTOCIA.
- ◓ COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.
- ◔ INDICACION MATERNA.
- ◕ MALPRESENTACION FETAL.

TOTAL: 878 PACIENTES.

RESUMEN :

Con motivo de revisar la frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital General "Manuel Gea González", se revisó un grupo de 878 pacientes, de 919 ingresos de pacientes tratadas con dicha intervención.

La frecuencia de la operación cesárea en nuestra institución fué del 20.2%.

Del total de las pacientes operadas, el 20.50% presentó complicaciones postoperatorias, predominando la preeclampsia-eclampsia con el 7.97%.

La endometritis ocupa un 2.6% del total.

La incidencia de infección materna previa a la cesárea fué del 1.93%, lo que nos indica la deficiencia socioeconómica y educacional en nuestras pacientes.

Se observó un 10.9% de pacientes a quienes se realizó oclusión tubaria bilateral por paridad satisfecha y una o más cesáreas anteriores, al tiempo de la cesárea. Esto es importante ya que disminuirá en un futuro, proporcionalmente, la frecuencia de cesárea de repetición, que constituye actualmente una de las principales causas de la intervención.

La principal indicación de cesárea en nuestro grupo, fué la desproporción cefalopélvica, con el 30.64% del total.

El segundo grupo de frecuencia fué el de cesárea anterior con un 15.95% del total.

La distocia constituye el 3er. grupo de frecuencia con un porcentaje del 12.84%, predominando en éste grupo la detención de fase activa del trabajo de parto, lo que debe llamarnos la atención en cuanto a mejorar el tratamiento de la disfunción del trabajo de parto y así, evitar en muchos casos intervenciones quirúrgicas en pacientes que tienen la posibilidad de resolver su parto por vía vaginal con el manejo y vigilancia adecuados.

El 4o. grupo de frecuencia es el de malpresentación fetal con el 12.84%.

La mayoría de las complicaciones e indicaciones para la operación cesárea analizadas en éste trabajo tienen relación con el medio socioeconómico bajo, la falta de recursos económicos y de educación de nuestras pacientes.

Se analiza la edad materna como indicación de cesárea en la paciente me-

nor de 20 años de edad, concluyéndose que cuando no existe otra complicación agregada, constituye un riesgo para la paciente, dados los factores enunciados y el hecho de que en nuestro grupo, las complicaciones postoperatorias fueron severas y con grave repercusión para el futuro obstétrico de la paciente.

Consideramos que es necesario implementar dispositivos de Educación para la Salud, a fin de que el grupo de pacientes de alto riesgo utilice sus recursos para obtener un mejoramiento, en lo posible, de las condiciones materno fetales.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Danforth, Dunn, Tratado de Ginecología y Obstetricia, cap. La cesárea, Edit. Interamericana, México 1987.
- 2.- Roger Romo I., Historia de la Medicina, Edit. Bruquera, Barcelona, - España, 1971.
- 3.- Williams, Tratado de Obstetricia, cap. Cesárea, Editorial Salvat, - México, 1982.
- 4.- Tratado de Operatoria Obstétrica, La Cesárea, Editorial Salvat, - Barcelona España, 1986.
- 5.- Benson R., Diagnóstico y tratamiento Ginecobstétricos, Operación Cesárea, Editorial El Manual Moderno, México 1986.
- 6.- Madden, Atlas de Técnicas en Cirugía, Edit. Interamericana, México,-- 1967.
- 7.- Tovell, Dank, Operaciones Ginecologicas; La incisión Pfannenstiel,- Salvat Editores, Barcelona España, 1984.
- 8.- Brent E. Finley, M.D., and Gibbs, M.D., San Antonio Texas; Emergeant Cesarean Delivery in Patients undergoing a trial of labor with a transverse lower-segment scar, Am. J. Obstet. and Gynecol., 928-934, 1986.
- 9.- Donald C. Dyson, M.D., P. Miller, M.D., Oakland California; Management of prolonged pregnancy: Induction of labour versus antepartum fetal testing Am. J. Obstet. Gynecol., 928-934, April 1987.
- 10.- Sidney F. Bottoms, M.D., V. Hirsch, B.S., Cleveland Ohio; Medical - Management of arrest disorders of labor. A current overview. Am J. Obstet.-Gynecol., 935-939, April 1987.
- 11.- Christine M. Williams, M.D., Donald M. Okada, M.D., L.A. California - Clinical and Microbiologic risk evaluation for postcesarean section endometritis by multivalent discriminant analysis. Role of intraoperative mycoplasmas, aerobes and anaerobes. Am. J. Obstet. Gynecol. 967-974, 1987.
- 12.- Stephen A. Myers, D.O., Norberth Gleicher, M.D., Chicago, Illinois; Breech Delivery: Why the dilemma?, NM. J. Obstet. Gynecol. 6-10, January,-- 1987.
- 13.- Jaron Rabinovici, M.D., Gad Barkai, M.D., Brian Reichman, M.D., Tel Aviv, Israel; Randomized management of the second nonvertex twin: Vaginal - delivery or cesarean section. Am. J. Obstet.Gynecol. January, 1987.

DATA TESIS NO DEBE
SER DE C. CONSULTA

14.- Clifford J. Bochner, M.D., Arnold Meadeatis, M.D., L.A. California, - Antepartum predictors of fetal distress in postterm pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 353-357. August 1987.

15.- William N. Spellacy, M.D., Paul Q. Peterson, M.D., Ann Winegar, M.S., Chicago, Illinois; Neonatal Seizures after cesarean delivery: Higher risk -- with labour. Am. J. Obstet. Gynecol. 377-399, August 1987.

16.- Anita Farnes LaSala, M.D., Alan S. Berkeley, M.D., New York, N.Y., - Primary cesarean section and subsequent fertility. Am. J. Obstet. Gynecol. - 379-383, August 1987.

17.- Rudolph P. Galask, M.D., Iowa City, Iowa; Changing Concepts in Obstetric antibiotic prophylaxis. Am. J. Obstet. Gynecol. 491-497. August 1987.

18.- Stanley A. Gall, M.D., Gale B. Hill, Ph.D.; Single dose versus Multiple dose piperacillin prophylaxis in primary cesarean operation. Am J. Obstet. Gynecol. 502-505, August 1987.

19.- Beck, Práctica de Obstetricia, Edit. La Prensa Médica Mexicana, -- México, 1977.

20.- Larry C. Ford, M.D., Hunter A. Hammil, M.D., L.A. California; Cost - Effective use of antibiotic prophylaxis for cesarean section. Am. J. Obstet. Gynecol. 506-510, August 1987.

21.- Botella U. J., Tocurgia. Editorial Científico Médica, Barcelona, España, 1957.

22.- Rosas J., Ruiz Velasco, Ginecología y Obstetricia de México, 31/184, 211-220, México, 1972.

23.- Ruiz Velasco V., La operación cesárea, Edit. La Prensa Médica Mexicana, México, 1971.

24.- Pitkin Roy, M.D., Scott R. James, M.D., Cesárea, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol. 4, parte I. Editorial Interamericana, Madrid, - España, 1986.

25.- Queenan, M.D., Tratamiento de Embarazo de Alto Riesgo, Editorial El Manual Moderno, México, 1986..

26.- Miranda G. Alfredo, M.A., Hospital Gral. de México, SSA y cols., - Sufrimiento Fetal y Operación Cesárea, Revista Médica del Hospital General de México, S.S.A., Vol. XLVI, No. 5 y 6, Mayo-Junio, 1983.