



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital de Gineco Obstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"

HOSPITAL  
"LUIS"

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

Estado actual de la Operación Cesúrea en el  
Hospital de Gineco Obstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"

DIRECCION

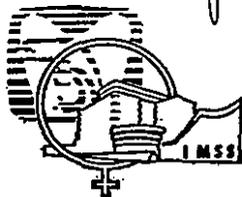
**TESIS DE POSGRADO**

Que para obtener el título de  
GINECO OBSTETRA

presenta

**Dr. Conrado Lázaro Lázaro**

Asesor: **Dr. Francisco Castro Carvajal**



México, D. F.

**TESIS CON  
FALTA DE CRISIS**

1989



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

	PAG.
INTRODUCCION .....	1
HISTORIA .....	4
DEFINICION .....	7
INDICACIONES .....	7
CLASIFICACION .....	11
TECNICAS .....	12
OBJETIVO .....	14
MATERIAL Y METODOS .....	15
RESULTADOS .....	16
DISCUSION .....	20
CONCLUSIONES .....	25
FIGURAS Y CUADROS .....	27
BIBLIOGRAFIA .....	35

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

En las últimas décadas se ha elevado la frecuencia de la -- operación cesárea de 3.4% en 1948 hasta 24.2% en 1984 (2).

Esta tendencia se ha manifestado en varios hospitales del -- país, así como en mujeres de todas las edades (1,9,12,20,22).

Sus indicaciones más frecuentes son: cesárea de repetición, presentación pélvica y sufrimiento fetal (11,18,20,25).

Otra indicación muy importante es la desproporción cefalo -- pélvica que a través del tiempo se ha incrementado (2,12,19, 22).

Durante una época se preconizó la máxima: "Una cesárea es -- igual a otra cesárea" pero al paso del tiempo esta máxima ha caído en desuso (7).

Algunos autores señalan, que en la práctica contemporánea, la tasa de mortalidad materna es esencialmente igual para -- ambas prácticas: operación cesárea o parto (21).

Hasta fines del siglo pasado, los riesgos de la operación -- cesárea para la vida materna condicionó que este método de nacimiento fuera el último recurso.

Aunque es difícil obtener cifras exactas, la mortalidad ma-

terna post cesárea a finales del siglo XIX era probablemente cuando menos del 75%. La morbilidad entre las primeras - supervivientes de la operación cesárea también debe haber - sido considerable, pero no se han registrado sistemáticamente los tipos de morbilidad y su frecuencia en esa época.

El uso de la asepsia y la anestesia, junto con otras mejoras generales en la técnica quirúrgica, redujo de manera considerable la mortalidad materna (7).

Todas las muertes posteriores a la cesárea, no son desde -- luego, atribuibles directamente al procedimiento, y la operación cesárea puede por sí misma salvar muchas vidas maternas.

La cesárea causa cierta morbilidad, así como un costo mayor y una estancia hospitalaria más prolongada, no practicarla. También acarrea un riesgo de morbilidad materna.

El riesgo de morbilidad y mortalidad después de la cesárea, esta relacionado con la destreza y experiencia del cirujano, la calidad de atención del personal, y de las características de la madre como del tipo de anestesia (2,4,7,8,13,21,25).

Sin embargo, la disminución de la morbimortalidad materna-- fetal se debe también a una ejecución más liberal de la cesárea, así como a la tecnología, que cada día avanza a ritmo acelerado brindándonos mejores perspectivas para el binomio madre-hijo.

Hoy en día es evidente una mayor tendencia a permitir el -- parto en pacientes con cesárea previa (incisión uterina tipo Kerr) con una morbi-mortalidad materna baja y evolución del producto en forma adecuada, por lo tanto es posible preveer un porcentaje creciente de pacientes con cesárea pre-- via que luego tendrán partos normales (7,10,23).

Por lo anterior creemos conveniente realizar un análisis del estado actual de la operación cesárea en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala".

## H I S T O R I A

El origen del término con que se designa esta intervención es obscuro; se han propuesto tres explicaciones principales.

- 1) Según la leyenda, Julio César nació de esta forma, por lo que este procedimiento vino a conocerse con la designación de "Operación Cesárea", sin embargo la madre de Julio César vivió durante muchos años después del nacimiento de éste, por otro lado, se sabe que en el siglo XVII la intervención era casi siempre fatal, según los escritores dignos de confianza de este período.
- 2) Se dice que el nombre de la operación deriva de una ley romana promulgada por Numa Pompilio (siglo VIII a.d.c.) ordenando que se practicara en mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño.
- 3) La palabra "cesárea" con que se designa la intervención, pudo derivar en algún momento en la edad media, del verbo latino "caedere" que significa cortar, ya que es afín a ella la palabra "cesura" que designa un corte o pausa en la línea de un verso.

La primera operación registrada en una paciente viva se -- hizo en 1610, la cual murió a los veinticinco días de post-operada.

La primera operación cesárea exitosa en E.U.A. se realizó en Stauntur, Virginia en 1794, tanto la madre como el producto sobrevivieron.

En relación a la evolución de la operación cesárea en México, no existen datos verídicos entre los pobladores de nuestro país antes del descubrimiento de América, ni antes de la -- llegada de los españoles.

Es hasta el siglo XVIII cuando aparecen los primeros informes escritos del uso de la operación, practicada exclusivamente post mortem. La primera operación cesárea que se efectuó en el Nuevo Mundo y de la que se tiene referencia, tuvo lugar en México, según consta en la gaceta de México, correspondiente al 29 de mayo de 1779 tomo IX, en una mujer con fiebre tifoidea, la cual murió el día de la cirugía, sobreviviendo el producto siete horas.

Algunos consideran la primera operación cesárea realizada con éxito y publicada en México, a la del doctor Miguel Jiménez el 27 de junio de 1850, en el Hospital de San Pablo, hoy Hospital Juárez, la madre y el hijo sobrevivieron.

Existen informes de la primera cesárea-histerectomía practicada con éxito en 1904 por el doctor Fernando Zárraga, con una duración de una hora quince minutos, logrando la supervivencia del feto y de la madre, la cual fue hecha en el --

Hospital Juárez en una paciente italiana, primigesta de 23 años, que había padecido raquitismo y presentaba franca desproporción feto-pélvica, después de practicar la cesárea se extirpó el útero con fines de esterilización.

En 1913, el único tipo de cesárea practicada era la cesárea corporal.

Un hecho digno de mención es que la primera cesárea segmentaria transperitoneal, fué llevada a cabo en nuestro país, en el año de 1926 en el Hospital Juárez por el doctor Clemente Robles.

Por último cabe mencionar a la Maternidad No. 1 del I.M.S.S. como formadora de la escuela Gineco Obstétrica Mexicana, ya que tuvo el mérito de iniciar e implantar en nuestro medio, el uso rutinario de la cesárea segmentaria tipo Kerr.

## DEFINICION

Se define como operación cesárea a la extracción del feto - vivo o muerto, a través de una incisión abdominal en la pared uterina, siempre que el embarazo haya llegado a 27 semanas o más (15).

## INDICACIONES

Las indicaciones de la operación cesárea a través del tiempo han tenido ciertas variaciones. En el Hospital "Luis Castelazo Ayala" del I.M.S.S., la frecuencia de la operación - cesárea en 1948 era de 3.4%, para 1966 era del 5.5%, en 1980 aumentó en forma importante hasta un 22.3%, para el año de - 1984 se encontraba en 24.2%.

Entre las indicaciones de la cesárea se encuentran las maternas y fetales, las maternas se clasifican en absolutas y relativas.

Las indicaciones maternas absolutas son:

- a) Desproporción cefalopélvica.
- b) Situación transversa.
- c) Placenta previa central total.
- d) Cesárea Iterativa.
- e) Presentación pélvica con cesárea previa.
- f) Tumores pélvicos que obstruyen el paso del feto por la pelvis materna.
- g) Inminencia de ruptura uterina.
- h) Desprendimiento de retina.
- i) Cáncer cérvico-uterino.
- j) En estados de agonía o post-mortem, de la madre.

Las indicaciones maternas relativas son:

- a) Presentación pélvica.
- b) Variedades de posición occipito transversas persistentes.
- c) Distocia de partes blandas.
- d) Placenta previa parcial y marginal.
- e) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- f) Várices vulvares extensas.
- g) Enfermedades maternas: Insuficiencia cardíaca, Preeclampsia severa, Insuficiencia Respiratoria, Diabetes Mellitus, insuficiencia renal, etc.
- h) Nulípara añosa.
- i) Isoinmunización materno-fetal.

Indicaciones fetales:

- a) Sufrimiento fetal agudo y crónico.
  - b) Prolapso y proclíbulo de cordón umbilical.
- a) Desproporción Cefalopélvica. Es la indicación más frecuente. Se designa con este nombre a la falta de armonía entre la pelvis materna y el feto, lo cual impide el nacimiento por vía vaginal del producto. El problema puede residir en la pelvis materna, en el feto o en ambos y no necesariamente por que los dos factores sean anormales, sino porque no exista una proporción adecuada entre ellos. Con la desproporción fetopélvica frecuentemente se realiza una valoración superficial, lo cual ocasiona un abuso del diagnóstico y por otro lado la detección tardía del problema puede ocasionar graves complicaciones a la madre y al producto (15).
- b) Presentación pélvica. Debido a la alta morbilidad fetal del parto pélvico y la proscripción de la versión in-

terna, se ha preferido realizar la operación cesárea para salvaguardar la integridad del recién nacido, dejándose la vía vaginal cuando la paciente ingresa en el período expulsivo (15).

- c) Sufrimiento Fetal. Teniendo en cuenta que el diagnóstico de sufrimiento fetal se realiza desde sus etapas iniciales (monitorización fetal electrónica), el porcentaje -- por esta causa se ha incrementado en forma importante, ya que se han podido detectar casos de sufrimiento fetal inicial (15).
- d) Placenta Previa. La placenta central parcial y central total son incompatibles con la resolución por vía vaginal. Una inserción marginal posterior en embarazo de término - se debe resolver por vía abdominal, ya que esta variedad condiciona a una distocia de partes blandas que impide el encajamiento del producto (15).
- e) Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera. Es - de gran trascendencia su correcta valoración, ya que cuando el desprendimiento es importante, el feto puede morir después de un período de sufrimiento agudo. El dolor abdominal es importante y continuo, el sangrado externo o interno es profuso, produciendo hipovolemia que conduce a - un estado de choque y se puede acompañar de alteraciones de la coagulación (15).

- f) Las pacientes con diabetes mellitus y otras complicaciones médicas asociadas al embarazo se deben analizar individualmente, es común la terminación del embarazo por vía abdominal en estos casos (15).
- g) Interrupción del embarazo en los estados hipertensivos (preeclampsia) y en la ruptura prematura de membranas, sobre todo si el cérvix no es apto para una inducción (15).
- h) La infección por Herpes genital constituye una indicación novedosa, siempre y cuando la infección sea activa o recién adquirida, ya que existe riesgo de infección grave en el producto (15).
- i) Los casos de isoimmunización materno fetal, tumores previos, patologías del cérvix, distocias de partes blandas (15).
- j) El embarazo prolongado con malas condiciones cervicales o imposibilidad de vigilancia biofísica del trabajo de parto, su frecuencia oscila entre el 10 y 12% de todos los embarazos. El embarazo prolongado realmente certificado cursa con gran riesgo para el feto, generalmente se presenta sufrimiento fetal durante el trabajo de parto (entre un 15 y 35%), la mortalidad perinatal aumenta tres veces a las 43 semanas y cinco veces más allá de esta fecha (15).

## C L A S I F I C A C I O N

### CESAREA REPETIDA

Es aquella que se practica en una mujer que tiene el antecedente de una cesárea. La indicación del procedimiento quirúrgico puede ser diferente a la primera indicación a la que motivó la primer cesárea (15).

### CESAREA ITERATIVA

Es la que se practica cuando se tiene el antecedente de dos o más cesáreas (o cicatrices uterinas) previas. Puede o no haber otras complicaciones médicas y obstétricas, pero el procedimiento se ejecuta principalmente por el antecedente de las cicatrices uterinas, que impiden bajo cualquier circunstancia todo procedimiento vaginal, ya que las contracciones uterinas pueden provocar ruptura del útero (15).

### CESAREA ELECTIVA

Esta indicación debe ser excepcional en la obstetricia actual. El médico elige este procedimiento para terminar el embarazo, por condiciones muy particulares de la mujer embarazada por ejemplo: antecedentes de plastía urogenital por incontinencia urinaria, primigesta añosa (15).

## T E C N I C A S

a) Cesárea Clásica o Corporal. En esta técnica la incisión siempre es vertical a nivel de la porción contráctil del cuerpo uterino. Mediante esta técnica, la extracción del feto se logra con facilidad.

Su indicación actual más precisa, es en los embarazos de pretérmino, en casos de cicatriz corporal previa, placenta previa anterior, procesos adherenciales o varicosos - importantes a nivel del segmento y cáncer del cérvix.

En general se practica en todos los casos de cesárea -- post mortem y como tiempo previo a una cesárea histerec-tomía.

Su desventaja principal es que hay mayor sangrado debido a la gran vascularización de la pared uterina, la peritonización se dificulta por lo que las adherencias son más frecuentes. Debido a que la cicatrización del miometrio - es poco resistente, existe mayor posibilidad de una dehiscencia uterina en embarazos subsecuentes (15).

b) Cesárea Segmentaria Vertical (tipo Beck). Su indicación - más precisa es en embarazos de pretérmino o antes de que el segmento uterino se haya formado en su totalidad. Es - útil en muchos casos de placenta previa, anillo de con-- tracción, situación transversa y cicatriz vertical previa.

Desde el punto de vista teórico, la incisión debe hacerse en el segmento uterino, pero esto pocas veces es factible con frecuencia parte de la incisión cae en el cuerpo, por lo que se ha denominado en forma más correcta cesárea - "Segmento-corporal" (15).

c) Cesárea Segmentaria Transversal (tipo Kerr).

Esta incisión se realiza sobre el segmento anterior, es la técnica más común, está indicada en todos los casos a excepción de los anotados para las técnicas antes señaladas. Sus ventajas principales son: pérdida sanguínea reducida y poca posibilidad de adherencias por su excelente peritonización. Hay posibilidad de permitir el parto en un futuro embarazo, si no se repite la indicación de la cesárea (15).

d) Cesárea Extraperitoneal. Esta técnica es posible emplearla en casos complicados con sepsis. Se realiza por arteificio en casos particulares, en la actualidad se practica en forma excepcional (15).

**O B J E T I V O**

El objetivo principal del presente trabajo es conocer la evolución de la frecuencia de la operación cesárea en sus diferentes indicaciones, así como su morbimortalidad materna-fetal en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo - Ayala".

## MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de 500 expedientes, de las pacientes a quienes se les realizó operación cesárea en el periodo comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre de 1988 en el Hospital de Gineco Obstetricia -- "Luis Castelazo Ayala".

Registrando los siguientes datos:

- Datos generales de la paciente: edad, paridad y fecha de la última menstruación.
- Indicación principal de la cesárea.
- El tipo de cesárea: primaria, repetida o iterativa.
- Si es programada o de urgencia.
- El tipo de anestesia empleada durante la intervención.
- Peso del producto al nacer y su apgar.
- Edad gestacional en el momento de la cesárea.
- Uso de antibióticos en forma profiláctica o indicada por alguna situación especial (amniocitis, múltiples tactos, etc.).
- Morbilidad materna en el transoperatorio: hemorragia, desgarro comisural, lesión a vejiga, etc.
- En el post operatorio: deciduitis, absceso de pared, fiebre etc.
- Morbilidad fetal: hipoxia, taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN), síndrome de aspiración de meconio, - síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática (SIRI), etc.

## RESULTADOS

Durante el periodo del 1° de octubre al 31 de diciembre de 1988 hubo un total de 5,131 nacimientos de los cuales 1,760 fueron por operación cesárea que corresponde a un 34.3% del total de nacimientos. (Fig. No.1)

En el presente trabajo se analizaron 500 cesáreas que representa una frecuencia de 28.4%.

### EDAD

La edad de las pacientes fué entre 15 y 20 años en 70 casos; entre 21 y 30 años 318 casos y mayores de 30 años 112 pacientes. (Cuadro No. 1).

### PARIDAD

De estas pacientes, 197 fueron primigestas, 137 secundigestas y 166 con tres o más gestas (Cuadro No.2).

### INDICACION DE LA CESAREA

La indicación más frecuente fué la desproporción cefalopélvica con 42.4%, en segundo lugar la cesárea iterativa con 13.8%, seguida de la presentación pélvica 9.4%, toxemia 7.4%, sufrimiento fetal agudo 7.2%, ruptura prematura de membranas 4.8%, embarazo gemelar 3.6% y embarazo prolongado 3.4% (Cuadro No. 3).

### TIPO DE CESAREA

Fue primaria en 318 casos, repetida en 113 pacientes e ite-

rativa en 69 pacientes.

Programada en 10.6% de las pacientes y urgente en 89.4% (Cuadro No.4).

Se realizó cesárea tipo Kerr en 496 pacientes y cesárea corporal en 4 pacientes. De las pacientes estudiadas, 314 presentaron trabajo de parto y 186 sin trabajo de parto.

#### ANESTESIA

En relación al método anestésico el bloqueo peridural se utilizó en 483 pacientes y la anestesia general en 17 pacientes (Cuadro No.5).

#### PESO

El peso de los productos al nacimiento fue menor de 2000 gr. en 32 pacientes, de 2001 a 2500 gr. en 59 pacientes, de 2501 a 3000 gr. en 163 pacientes, de 3001 a 3500 gr. en 194 pacientes, de 3501 a 4000 gr. en 57 pacientes y más de 4000 gr. en 15 pacientes. (Cuadro No. 6)

#### APGAR

El apgar a los 5 minutos fue de 2 a 4 en 0 casos, de 5 a 6 en 7 pacientes, 7 a 8 en 201 pacientes y de 9 a 10 en 290 pacientes. (Cuadro No. 7).

#### EDAD GESTACIONAL

La edad gestacional al momento de la cesárea fue de 28 a 32 semanas en 15 casos, de 33 a 37 semanas en 82 pacientes, de

38 a 42 semanas en 386 pacientes y más, de 42 semanas en 17 pacientes. (Cuadro No. 8)

#### USO DE ANTIBIOTICOS

Se aplicaron antibióticos profilácticos en 461 pacientes -- (92.2%) en forma indicada en 30 pacientes (6%) y no se utilizaron en 9 pacientes.

#### CIRUGIA ADICIONAL

Se realizaron un total de 161 cirugías adicionales, siendo estas: salpingoclasia bilateral 149 pacientes (29.8%), Histerectomía total 4 pacientes, ooforectomía 3 pacientes, salpingectomía 3 pacientes, cesárea-histerectomía una paciente, - excresis de quiste de ovario una paciente.

#### MORBILIDAD MATERNA

En el transoperatorio hubo 43 complicaciones (8.6%) siendo estas: hemorragia 21 casos (4.2%), hematuria 9 pacientes, - prolongación de la comisura uterina 8 pacientes, atonía uterina 3 pacientes, placenta adherente una paciente y punción de duramadre una paciente.

En el postoperatorio se registraron 85 complicaciones (17%), anemia en 32 pacientes (6.4%), deciduitis 26 pacientes - (5.2%), fiebre de etiología no infecciosa 13 pacientes, hipertensión arterial residual 7 pacientes, absceso de pared 3 pacientes, infección de vías urinarias 3 pacientes y -- eclampsia una paciente. (Cuadro No. 9)

La frecuencia de mortalidad materna fue de 0%.

#### MORBILIDAD PERINATAL

Hubo 62 neonatos con complicaciones con una frecuencia del - 12.4%, siendo las principales: taquipnea transitoria del recién nacido 18 pacientes (3.6%), hipoxia 15 pacientes (3%), gastroenteritis infecciosa 11 pacientes, síndrome de aspiración de meconio 6 pacientes, sepsis 4 pacientes, S.I.R.I. 4 pacientes, neumonía dos pacientes, enterocolitis necrotizante un paciente y fractura de clavícula un caso (Cuadro No.10)

Hubo dos muertes prenatales y tres muertes post natales que representa el 1% de mortalidad. El porcentaje de mortalidad corregida fue de .6%.

Se encontraron 15 casos de malformaciones congénitas; luxación congénita de cadera 7 casos, comunicación interventricular 4 pacientes, labio leporino y paladar hendido 2 pacientes, polidactilia un paciente, toracópago un paciente, y dos pacientes con alteraciones cromosómicas (Síndrome de Down y Síndrome de Turner).

## DISCUSION

Podemos observar que la frecuencia de la operación cesárea - aumentó en un 10% con respecto al estudio de Angeles y col. (2), y hasta un 29% en lo reportado por Karchmer y col. (11)

Como sabemos la Unidad Médica "Luis Castelazo Ayala" es un Hospital escuela, pero el incremento de la cesárea no se debe a esto, sino más bien a la importancia que representa para el obstetra la obtención de un producto sano y una madre con las mismas características.

En forma conjunta, las indicaciones de: Cesárea Iterativa, - presentación pélvica, sufrimiento fetal, embarazo gemelar, embarazo prolongado y condilomatosis, han repercutido en el aumento de la frecuencia de cesárea, ya que en otros tiempos se prefería la vía vaginal; pero en la gineco obstetricia - moderna esto se resuelve de manera más integral y precisa, - brindando un mejor pronóstico al binomio madre-hijo.

En relación a la edad de las pacientes, el mayor número de ellas se encontró entre 20 y 30 años, disminuyendo en los extremos de estas edades, situación razonable ya que sabemos, que es la etapa óptima de la mujer para el embarazo.

En los últimos años se ha incrementado la práctica de la Cesárea en primigestas con una disminución en las pacientes - con dos hijos o más, debido principalmente a los programas -

de planificación familiar.

Es importante señalar que la desproporción cefalopélvica -- continúa ocupando el primer lugar como indicación de cesárea, y que las primeras cinco causas de indicación de esta, no han variado en comparación con otros autores (24).

El embarazo gemelar ha presentado una elevación de su frecuencia a más del doble en comparación con el estudio del Dr. Angeles (2) tal vez porque en la actualidad se prefiere realizar cesárea, a efectuar maniobras de versión.

Es de llamar la atención que la condilomatosis vulvo vaginal paulatinamente está ocupando un lugar importante como indicación de cesárea, probablemente a una mayor promiscuidad sexual en la población.

En esta revisión encontramos que la presentación pélvica ocupa casi el 10% del total de las indicaciones. Es común observar hoy en día que la atención del parto pélvico es excepcional, lo que ha condicionado una disminución importante de la morbilidad materno-fetal.

Se mantiene baja la frecuencia, en los casos de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, en comparación con la frecuencia más elevada reportada por el Dr. Castelazo Ayala (6).

Por otro lado se aprecia una disminución de la cesárea de repetición hasta de un 8% en comparación con el estudio anterior de este Hospital (2), lo que refleja una tendencia a preferir la vía vaginal en aquellas pacientes con cesárea previa, siempre y cuando no exista contraindicación para esta (16).

Se determinó un aumento en el índice de cesárea de urgencia de aproximadamente el 8% en comparación con otros autores (2), lo que puede reflejar un retraso en el diagnóstico adecuado, o bien un abuso de la cirugía de urgencia.

El tipo de cesárea más practicada fué la tipo Kerr en un 99%, en comparación con la cesárea corporal con un 1%, ambas técnicas tienen sus indicaciones precisas y sus ventajas, como lo mencionamos en el capítulo correspondiente.

En cuanto al procedimiento de anestesia, el de elección fué el bloqueo epidural (BPD) en un 96.6%, que con el tiempo ha tenido mayor aceptación por su baja morbimortalidad materno fetal.

El peso de los productos al nacimiento se encontró en el límite normal en casi el 80% con un 17% de productos prematuros.

El apgar registrado a los cinco minutos se valoró dentro de los parámetros normales en un 98% de los recién nacidos, re-

presentando una morbilidad muy baja de la cesárea.

Cabe señalar la práctica de la cesárea en el embarazo pre-término, ya que juega un papel importante, disminuyendo el trauma del producto, que está expuesto a la hipoxia y a la hemorragia cerebral.

La morbilidad materna por cesárea disminuyó con respecto a otros autores (25.6%) (2). Debido en cierta forma al uso de antibióticos profilácticos, que se utilizaron en un 92.2% de las pacientes, se realizaron únicamente cuatro histerec-tomías por decíduomiotritis.

Sin embargo las complicaciones infecciosas siguen ocupando uno de los primeros lugares como causa de morbilidad en este tipo de pacientes.

La mortalidad materna por cesárea continúa siendo mínima, lo que permite considerarla como un procedimiento terapéutico seguro.

La morbilidad neonatal presenta una disminución considerable a casi la mitad (12.4%) comparándola a lo observado en estudios previos (2,24).

La mortalidad perinatal continúa disminuyendo (.6%), gracias a los avances médicos y al trabajo en equipo de Obstetras, - Pediatras y Anestesiólogos brindando una atención al más al-

to nivel, la que se puede comparar a la observada en algunos países desarrollados (23, 25).

## CONCLUSIONES

La frecuencia de la Operación Cesárea a través del tiempo muestra una tendencia a aumentar, ya que en la gineco obstetricia moderna se busca el mejor pronóstico del binomio madre-hijo. Por lo que se debe hacer hincapié, en llevar a cabo un diagnóstico preciso y adecuado, y sólo en las situaciones que así lo permitan realizar la vía vaginal.

Esta elevación se debe en forma conjunta a las siguientes indicaciones: cesárea iterativa, presentación pélvica, sufrimiento fetal, embarazo gemelar, embarazo prolongado y condilomatosis, considerando que en otros tiempos se prefería la vía vaginal aumentando la morbilidad materno-fetal.

Es importante crear conciencia en los Residentes de la Especialidad durante su período de adiestramiento, en la opción de la vía vaginal después de un nacimiento anterior por cesárea, dándoles un enfoque menos intervencionista.

En general, se observa una tendencia hacia el aumento en la operación cesárea por presentación pélvica y es poco probable que ocurra algún cambio importante en un futuro cercano.

La disminución de las tasas de morbilidad materno-fetal se deben en gran parte a los métodos de asepsia y antisepsia, a una técnica más depurada, al uso de antibióticos profilácticos, a los avances médicos y al trabajo en equipo de

Obstetras, Pediatras y Anestesiólogos.

La operación cesárea es una intervención sencilla y fácil - de realizar en manos expertas, pero hay que saber cuando - indicarla, ya que de lo contrario abusaríamos de ella, y el resultado no sería el deseable.

Aunque el índice actual de la operación cesárea sigue aumentando, el ritmo y grado del incremento no es tan notable como antes y por lo tanto, esto nos hace pensar que con el - tiempo quizás la tendencia será a la disminución.

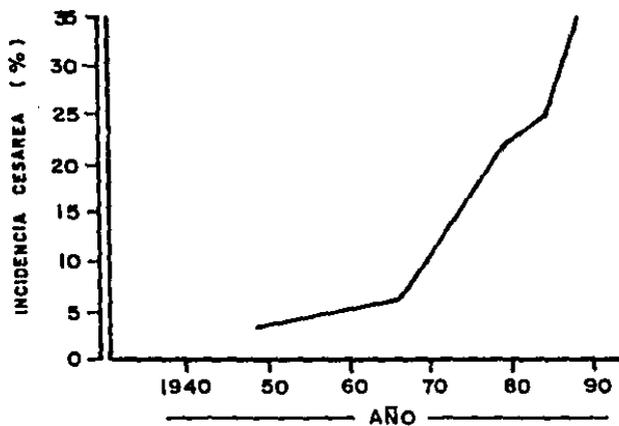


FIGURA No.1 ESTADO ACTUAL DE LA CESAREA EN EL HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"

CUADRO NO. 1

## EDAD PACIENTES

EDAD	NO.	%
15 - 20 Años	70	14.0
21 - 30 "	318	63.6
31 - 40 "	108	21.6
+ 40 "	4	.8

CUADRO NO. 2

## PARIDAD

GESTA	No.	%
I	197	39.4
II	137	27.4
III	100	20.0
IV o Más	66	13.2

## CUADRO NO. 3

INDICACIONES DE LA CESAREA EN EL HOSPITAL DE  
GINECO OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

INDICACION	NO.	%
D.C.P.	212	42.4
ITERATIVA	69	13.8
PELVICA	47	9.4
TOXEMIA	37	7.4
SUFRIMIENTO FETAL	36	7.2
R.P.M.	24	4.8
GEMELAR	18	3.6
EMBARAZO PROLONGADO	17	3.4
E.V.C.H.	7	1.4
CONDILOMATOSIS	7	1.4
PLACENTA PREVIA	6	1.2
S. TRANSVERSA	6	1.2
FALTA PROGRESION T DE P	5	1.0
D.P.P.N.I.	3	.6
CIRUGIA PREVIA (VAGINAL)	3	.6
PROLAPSO DE CORDON	1	.2
DIABETES MELLITUS II	1	.2
EMBARAZO TRIPLE	1	.2

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO NO. 4

TIPO DE CESAREA		
	NO.	%
PRIMARIA	318	63.6
REPETIDA	113	22.6
ITERATIVA	69	13.8
URGENTE	447	89.4
PROGRAMADA	53	10.6

CUADRO NO. 5

TIPO DE ANESTESIA		
	NO.	%
B.P.D.	483	96.6
GENERAL	17	3.4

CUADRO NO. 6

PESO DE PRODUCTOS AL NACIMIENTO		
PESO	NO.	%
MENOS 2000 g.	32	6.16
2001 - 2500 g.	59	11.35
2501 - 3000 g.	163	31.35
3001 - 3500 g.	194	37.31
3501 - 4000 g.	57	10.97
+ - 4000 g.	15	2.89

CUADRO NO. 7

CALIFICACION	AL MINUTO	5 MINUTOS
2 - 4	6	0
5 - 6	46	7
7 - 8	425	201
9 - 10	21	290

CUADRO NO. 8

## EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA CESAREA

	NO.	%
28 - 32 SEM.	15	3.0
33 - 37 "	82	16.4
38 - 42 "	386	77.2
+ - 42 "	17	3.4

## CUADRO NO. 9

## MORBILIDAD MATERNA

	NO.	TOTAL
<b>TRANSOPERATORIA</b>		
Hemorragia	21	
Hematuria	9	
Prolongación de la comisura uterina	8	
Atonia uterina	3	
Punción de duramadre	1	
Placenta adherente	1	
		8.6
<b>POSTOPERATORIA</b>		
Anemia	32	
Deciduitis	26	
Fiebre	13	
Hipertensión arterial residual	7	
Absceso de pared	3	
Infección de vías urinarias	3	
Eclampsia	1	
<b>T O T A L</b>	<b>128</b>	<b>17.0</b> <b>25.68</b>

CUADRO NO. 10

MORBILIDAD NEONATAL		
	NO.	
TAQUIPNEA TRANSITORIA		
DEL RECIEN NACIDO	18	
HIPOXIA	15	
GASTROENTERITIS	11	
SINDROME DE ASPIRACION		
DE MECONIO	6	
SEPSIS	4	
S.I.R.I.	4	
NEUMONIA	2	
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	1	
FRACTURA DE CLAVICULA	1	
T O T A L	62	12.4

CUADRO NO. 11

MORBIMORTALIDAD MATERNA-PERINATAL EN EL HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"			
	ANO	MORBILIDAD	MORTALIDAD
MATERNA	1984	38.75%	0
	1988	25.6 %	0
PERINATAL	1984	23.75%	1.72%
	1988	12.4 %	1.0 %

## B I B L I O G R A F I A

1. Amirikia H, Zarewych B, Evans TN: Cesarean section: A 15 year review of changing incidence, indications and risks. Am J Obstet Gynecol 1981;140:81-87
2. Angeles WCD, Villalobos RM, Valdés ME y col: Estado actual de la cesárea en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala". Su evolución en cuatro décadas. Ginec. Obstet Mex 1986;54:67-71.
3. Benson CR. Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétricos. 3a. Ed. México: El manual moderno, 1983:943.
4. Bowes WA, Taylor ES, Bowes C: Breech delivery: Evaluation of the method of delivery on perinatal results and -- maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol 1979;135:965-973.
5. Casanova AN. Obstetricia. México: U.N.A.M., 1981:248.
6. Castelazo AL, Espinoza de los Reyes V, Reyes CL: Ocho años de cirugía abdominal en la Maternidad Uno del INSS Ginec Obstet Mex 1957;12:195.
7. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: Interamericana, 1985: Vol:4 869-875.
8. Collea JV, Chain C, Quilligan EJ: The randomized management of term frank breech presentation: A study of 208 cases. Am J Obstet Gynecol 1980;137:235-244.
9. Chávez AJ, Soberón AJ, Castelazo AL: Operación Cesárea y Mortalidad Materna Factores Predisponentes. Ginec Obstet Mex 1967;22:163.
10. Graham AR: Trial labor following previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1984;149:35-39.
11. Karchmer KS, Vargas LE, Arao MM: Operación cesárea análisis de 1000 casos, Rev Fac Med 1966;8:239.
12. Kiwanuka AI, Moore WM: The changing incidence of caesarean section in the health district of central manchester. Br J Obstet Gynaecol 1987;95:440-444.
13. Moldin P, Hokegard KH, Nielsen TF: Cesarean section and maternal mortality in sweden 1973-1979. Acta Obstet - Gynecol Scand 1984;63:7-11.

14. Pritchard JA. *Obstetricia Williams*. 2a Ed. Barcelona: Salvat, 1986:888-906.
15. *Procedimientos en Obstetricia "Hospital Luis Castelazo Ayala"* I.M.S.S. México:1985:545-552.
16. Queenan JT. *Atención del embarazo de alto riesgo*. 2a. Ed. México: El Manual Moderno, 1987:445-449.
17. Rufz WV. *La Operación Cesárea*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1971:1-30.
18. Salomon AP, Breart G, Maillard F y col: Can the number of cesarean sections be reduced without risk? an analysis of rates and indications in a university clinic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1986;22:297-306.
19. Seitchik J, Rao RR: Cesarean delivery in nulliparous - women for failed oxytocin-augmented labor; route of - delivery in subsequent pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982;143:393-397.
20. Shiono PH, Mc Nellis D, Rhoads GG: Reasons for the rising cesarean delivery rates: 1978-1984. *Obstet Gynecol* 1987; 69:696-700.
21. Shy KK, Logerfo JP, Karp LE: Evaluation of elective -- repeat cesarean section as a standard of care: an -- application of decision analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:123-129.
22. Silbar EL: Factors related to the increasing cesarean - section rates for cephalopelvic disproportion. *Am J - Obstet Gynecol* 1986;154:1095-1098.
23. Turner MJ, Brassil M, Gordon H: Active management of - labor associated with a decrease in the cesarean section rate in nulliparas. *Obstet Gynecol* 1988;71:150-154.
24. Valdés ME, Rodríguez SJD, Ríos MA: Estado actual de la - cesárea. Revisión de 200 casos. Hospital de Gineco Obste- tricia No. 4 del I.M.S.S. 1980 (Comunicación personal).
25. Yudkin PL, Redman WG: Caesarean section dissected, 1978- 1983. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:135-143.