

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE 84 2e



FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 I.S.S.S.T.E.

**PERSPECTIVAS PARA DISMINUIR EL
 INDICE CRECIENTE DE CESAREAS**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN:
 LA ESPECIALIDAD DE
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. MARCO ANTONIO ORTEGA SANCHEZ

ASESOR DE TESIS,
 DR. CARLOS VARGAS GARCIA

DIRECTOR DE TESIS:
 DR. JOEL CERON SEGOVIA

**TESIS CON
 FALTA DE CREDITOS**



MEXICO, D. F.,

1986-1989



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.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	1
2. JUSTIFICACION.....	8
3. HIPOTESIS.....	9
4. OBJETIVOS.....	9
5. MATERIAL Y METODOS.....	10
6. RESULTADOS.....	12
7. ANALISIS Y COMENTARIOS.....	26
8. CONCLUSIONES.....	36
9. RESUMEN.....	39
10. BIBLIOGRAFIA.....	40

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

Los términos cesárea, laparotraquelotomía y parto abdominal se refieren al procedimiento quirúrgico mediante el cual se extraé el producto de la concepción que pese 500 g. o más y sus anexos a través de la pared abdominal y mediante la sección del útero. - (1,2,3,4)

La operación cesárea, una de las intervenciones-quirúrgicas más antiguas y con origen muy controverti do, ha sufrido una serie de cambios hasta llegar a ser actualmente un procedimiento relevante en la práctica diaria.

El recuerdo más antiguo data del reinado de Numa Pompilius(715-672, a. de J.C.), legendario rey de Roma que decretó que todo niño sería extraído del vientre de aquellas madres que murieran en el embarazo - avanzado, la imposición continuó hasta el reinado de los Césares, cuando cambió el nombre de Lex regía por Lex cesárea.

La segunda explicación alternativa para el nombre de la operación, la dan algunos académicos haciendo de rivar del latín caedere, que significa cortar. No exis ten bases para validar la creencia de que Julio César- (100 años a.de J.C.)naciera mediante cesárea y que la operación recibiera de él este nombre. La operaciónera realizada en mujeres agonizantes o muertas, en mujer - viva era mortal. La madre de César sobrevivió muchos -

años, como lo demuestran las cartas escritas mientras César estaba gerreando fuera de su hogar.

de acuerdo a una creencia antigua, Buda nació a través de un costado de su madre(563 a.de J.C.) y - Brahama emergió a través del ombligo.

En el año 1500 la célebre operación realizada a Fraud Nufer por su esposo, un capador de cerdos suizo, extrajo con éxito un niño del vientre de su madre a través de una incisión abdominal. Fraud N. vivió - para dar a luz a seis hijos más, incluidos unos gemos los por lo que se concluye que fue una laparotomía - para un embarazo abdominal.

El primer documento auténtico sobre cesárea(21 de agosto de 1610) menciona haber sido realizada por dos cirujanos, Trautman y Gusth, viviendo la paciente hasta 21 días.

La inmensa mayoría de las desdichadas mujeres - operadas en los siguientes dos siglos murieron inmediatamente de hemorragia o al cabo de una semana de infección.

De 1650, hasta finales del siglo XVIII, la operación se llevó a cabo 24 veces en París, todas murieron. Experiencia similar ocurrió en Inglaterra.

La primera mitad del siglo XIX vio una ligera mejoría en los índices de la operación. En 1867 existía una mortalidad del 54% en 1609 casos recogidos - de toda la literatura.(Muyer)

En París ninguna sobrevivió entre 1787 a 1876 y en Gran Bretaña, la mortalidad era del 85%.

En E.U. al año 1878 se había llevado a cabo la operación 80 veces con una mortalidad de 52.5%. Entre 1888 hasta 1897 se intentó la operación una sola vez acabando en un desastre.

Harris, quien revisó la literatura americana en 1878, observó que el éxito parecía mayor cuando la cesárea se realizaba en medio rural: cinco supervivencias en nueve casos, que habían sido operadas en situaciones desesperadas o heridas por toro, mientras que en Nueva York de once pacientes solo sobrevivió una (operada por médico). Ejemplo del primer grupo, se cita a una mujer que en 1769, empujada por una impaciencia frenética y violenta de carácter, cortó de un solo golpe a través de la pared abdominal y uterina y haciendo una incisión de 2.5 pulgadas en las nalgas del feto. Los intestinos fueron colocados en su lugar y la herida fue suturada por una partera, no obstante no extrajo la placenta, esto lo hizo un cirujano; le abrió la herida, limpio de sangre y suciedad, ya que la operación original fué realizada en el suelo. La madre se recupero.

En E.U. la primera cesárea se llevó a cabo en Virginia, en un camarote en el año de 1794, por el Dr. Jesse Bennett y sobre su propia esposa. Despues de cinco días de trabajo de parto sin ningun resultado.

A mediados del siglo XIX los cirujanos discutían que la herida quirúrgica uterina no requería más tratamiento que limpieza. El Dr. frances Levas(1769) cerró una herida uterina con tres hebras de seda, poste

riormente las suturas no reabsorbibles de seda y lino se dejaban largas, para facilitar su retiro, invariablemente llevaba el resultado temido de causar peritonitis. En 1852 se utilizó con éxito el hilo de plata por Frank E. Polin. Entre 1867 a 1880 se habían utilizado suturas, al menos en 16 pacientes.

Hasta 1882, no se reconoció universalmente que - la coaptación precisa de los bordes era parte esencial de la cesárea. La tendencia de Sanger de incisión longitudinal y sutura del fundus uterino se ha conocido con el nombre de cesárea clásica.

La técnica de Sanger redujo bruscamente el riesgo de hemorragia, pero persistía el de la infección. Antes de Sanger, Eduardo Porro demostró un método para evitar ambos peligros, mediante la cesárea/histerectomía. En Pavia Italia, los registros del siglo XIX sobre cesárea, demuestran que ninguna mujer había sobrevivido a la operación hasta la época de Porro. En los años siguientes la operación de Porro, se adoptó en numerosos centros.

En 1925 Kerr introduce la incisión segmentaria - transversal y a la fecha se utiliza en casi todas las cesáreas.

La cesárea clásica ameritaba una laparotomía media supra e infraumbilical generosa que permitiera la exteriorización uterina que, por otro lado, no requería rechazo de la vejiga que permanecía alejada de la histerotomía. La cesárea corporal actual no requiere laparotomía tan extensa, basta incisión media infraumbilical. - Tampoco requiere el rechazo de la vejiga y la sección - uterina es en la cara anterior y no en el fondo.

En la cesárea Kerr el abordaje es por laparotomías medias infraumbilicales o transversales suprapúbicas, La histerotomía a nivel del segmento en forma transversal arciforme requiere antes, apertura del fondo de saco vésico-uterino con rechazo de la vejiga y peritonización posterior de la histerorrafia en un plano aparte. Los que introdujeron la cesárea segmentaria baja y la popularizaron, lo hicieron con dos objetivos: 1) abatir la mortalidad y morbilidad materna y 2) dejar en el útero una cicatriz que tuviera menos riesgo de romperse en el siguiente embarazo y trabajo de parto. (26)

En las últimas cuatro décadas el índice de cesáreas se ha incrementado notablemente, de 5-7% a un promedio general mayor del 20%, aumento atribuido principalmente a la mayor seguridad de la operación- debido no solo a los avances logrados en las técnicas quirúrgicas, anestesia, antibióticos y productos sanguíneos sino también al objetivo del obstetra para realizar un parto con el menor daño posible para el recién nacido.

Cuando se notó la disminución de la mortalidad-perinatal coincidiendo con el incremento del índice de cesáreas pensaron que la caída de dicha mortalidad era secundaria al aumento de cesáreas, pero este tipo de razonamiento concurrente puede ser engañoso. Pearson y O'Driscoll han señalado que en algunas instituciones ocurrió el mismo descenso en la mortalidad perinatal aunque su índice de cesáreas permaneció bajo 5 al 7% y estable durante los últimos años.

La liberación del feto mediante cesárea está asociada con una morbilidad y mortalidad materna más elevadas. En cesáreas la endometritis fluctúa entre 12-95 por ciento, mientras que después del parto vaginal rara vez pasa del 3%, por mencionar un ejemplo de una de las complicaciones. El índice de mortalidad materna varía de 2,8 a 8 por 10,000, demostrando que su práctica no está exenta de riesgos.(22)

Las mujeres que tienen un parto vaginal ocasionan menores gastos para los diferentes sistemas e instituciones del sector salud. Las operadas de cesárea permanecen 2 a 3 días hospitalizadas en relación a un día - por parto vaginal. El tratamiento de las complicaciones por cesárea aumenta los costos médicos tanto durante la hospitalización como después. Los cálculos sobre la magnitud de la diferencia en el costo varían ampliamente, - en nuestra institución la diferencia es de 433,260.00 - pesos M.N. sin tomar en cuenta gastos por complicaciones así como otros relacionados con la cesárea.

INDICACIONES.

Causas maternas:

1. Distocia ósea.- estrechez pélvica, p \acute{e} lviz asimétrica y tumores óseos de pelvis.
2. Distocia de partes blandas.- tabiques vaginales, tumores que obstruyen el conducto del parto, miomatosis en cuerpo, segmento o $c\acute{e}$ r v ix, p o lipos, papilomas condilomas o neoplasias a nivel cervical, en vulva-paquetes varicosos, hemangiomas y neoplasias en general, herpes genital y condilomatosis.
3. Operaciones previas en cuerpo uterino, $c\acute{e}$ r v ix, conducto de parto, vulva y vestibulo.

4. Neoplasias.- En cérvix del estadio I en adelante, en vagina cualquier estadio, así como en vulva y anexos.
5. Hemorragia.- placenta previa, DPPNI.
6. Padecimientos generales.- toxemia, nefropatías, diabetes,- cardiopatías, neumopatías, etc.
7. Otras causas.-primigesta mayor de 35 años o menor de 15 años, traumatismos pélvicos y de miembros inferiores con secuelas deformantes, cesárea previa reciente menor a un año.
8. Cesarea iterativa.- operación de repetición después de dos o más cesáreas previas, independientemente de la causa que las motivó, así como del número de gestaciones o partos previos.

Causas fetales:

1. Macrosomía fetal.
2. Distocia de presentación, situación, actitud y variedades de presentación.
3. Sufrimiento fetal, agudo, crónico o crónico agudizado.
4. Procúbito y prolapso de cordón.
5. Brevedades reales o aparentes de cordón, circular .
6. Obitos anteriores.
7. Embarazo prolongado.
8. Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
9. Toxemia, diabetes, isoimmunización.
10. Cesárea post o premortem.

Causas mixtas:

1. Síndrome de desproporción fetopélvica.
- 2.-Inminencia o dehiscencia de rotura de cicatriz uterina previa.
3. Toxemia, diabetes, embarazo múltiple, infección amniótica.

J U S T I F I C A C I O N

Es bien conocido el dramático incremento en el índice de operación cesárea en los últimos años, tanto en nuestro medio como en diferentes partes del mundo. También es conocido el aumento vertiginoso de la población, así como la insuficiencia de los recursos disponibles para la atención de un nacimiento normal; si a esto se suma una intervención quirúrgica, el costo aumentará en forma importante y los recursos serán cada vez más insuficientes.

En particular, nuestro hospital, tiene a la cesárea como el procedimiento "quirúrgico mayor" que más se realiza en relación a todos los servicios.

Los beneficios y virtudes de la operación cesárea no tienen discusión; sin embargo su aparente incuidad (no exenta de riesgos) y la aparición de nuevas indicaciones algunas de ellas electivas no justifican totalmente el que continúe elevándose su frecuencia.

La evaluación cuidadosa de sus indicaciones permitirá revalorar nuestra conducta quirúrgica.

Mediante ésta actitud selectiva, se podrá derivar un número importante de cesáreas a parto vaginal, frenando así el índice creciente de dicha intervención, además de permitir utilizar menos recursos económicos, sin que por ello se incremente la morbimortalidad del binomio.

H I P O T E S I S

El índice de cesáreas continúa incrementándose en nuestros Hospitales.

El índice de cesáreas puede disminuirse si se analizan a fondo sus indicaciones.

O B J E T I V O

PRIMARIO:

Mediante el análisis de nuestras indicaciones - actuales de cesárea, se demostrará que existe un número importante de intervenciones quirúrgicas que no se justifican adecuadamente.

Determinar la oportunidad de la cesárea en el área de labor.

SECUNDARIO:

Al conocer los aciertos y fallas de las indicaciones de cesárea en nuestra unidad hospitalaria, se obtendrá un mejor conocimiento del problema y se podrán tomar medidas para mejorar el diagnóstico e indicaciones de la cesárea y por lo tanto de la calidad de nuestro servicio.

Propiciar alternativas de investigación en relación al tema, en base a los datos obtenidos.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

El presente estudio se realizó en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE, en la ciudad de México.

Se incluyeron todas las pacientes operadas de cesárea entre el 15 de agosto a el 15 de noviembre de 1988.

Se recolectaron los datos por fuente primaria a partir del sistema de registro habitual del Hospital.

La primera captura de datos fué a partir del nombre y cédula de la paciente de las hojas de actividades diarias del servicio de labor. La complementación fué de expedientes del archivo clínico; la cédula de recolección de datos incluyó: ficha de identificación, fecha y hora de ingreso, hora de nacimiento del producto, tiempo en el área de labor, Dx de ingreso y post-operatorio, semanas de gestación, confiabilidad de edad gestacional, período de trabajo de parto, datos del producto al nacimiento, antecedentes obstétricos y condiciones post-operatorias fetomaternas inmediatas.

El total de pacientes fué de 482, excluyéndose del estudio a 18 pacientes por no encontrarse sus expedientes, analizándose un total de 464 pacientes.

La clasificación de los datos estuvo centrada a las variantes diagnósticas pre y post-operatorias, y en especial a las causas más frecuentes, sin embargo-

se consideraron otros aspectos necesariamente inseparables.

La recolección y clasificación de los datos obtenidos se realizó conjuntamente con personal de la especialidad de obstetricia.

La información se clasificó y se presenta en tablas. Las medidas de resumen más utilizadas son porcentajes.

RESULTADOS

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTERICIA

1 9 8 8

DISTRIBUCION DE LA CESAREA POR ESCOLARIDAD MATERNA

Años aprobados	No.	%
Cero	3	0.64
1 a 5	190	40.94
6 a 12	196	42.24
13 y más	75	16.16
Total	464	100

DISTRIBUCION DE LA CESAREA POR OCUPACION MATERNA

	No.	%
Hogar	254	54.74
Empleada federal	59	12.71
Profesionista	53	11.42
Otras	98	21.12
Total	464	100

I. S. S. S. T. E.
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA
 1 9 8 8

DISTRIBUCION DE LA CESAREA POR EDAD MATERNA

Edad	No.	%
15 a 19	28	6.03
20 a 30	288	62.03
31 a 35	113	24.35
36 y más	35	7.54
Total	464	100

DISTRIBUCION DE LA CESAREA POR ESTADO CIVIL

	No.	%
Casada	410	88.36
Soltera	17	3.60
Unión libre	37	7.97
Total	464	100

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTERICIA

1 9 8 8

RELACION DE PARTOS Y CESAREAS REALIZADOS DEL 15 DE AGOSTO
AL 15 DE NOVIEMBRE DE 1988.

PROCEDIMIENTOS	No.	%
PARTOS	1232	71.87
CESAREAS	482	28.13
TOTAL	1714	100

TIPO DE CESAREA REALIZADA.

	No.	%
PRIMARIA(sin cesárea previa)	276	59.48
REPETIDA(con una previa)	131	28.23
ITERATIVA(2 previas o más)	57	12.28
TOTAL	464	100

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
1 9 8 8

DISTRIBUCION DE CESAREA POR PARIDAD

	No.	%
Nulípara	334	71.9
Un parto	58	12.5
2 a 4 partos	59	12.7
5 y más partos	13	2.80
Total	464	100

I. S. S. S. T. E.
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 1 9 8 8

INDICACIONES MAS FRECUENTES DE CESAREA

INDICACION	No.	%
CESAREA PREVIA	188	40.52
D.C.P.	57	12.29
PRESENTACION PELVICA	57	12.29
DISTOCIA DE TRABAJO DE PARTO	29	6.26
NO JUSTIFICADA EN EL EXPEDIENTE	23	4.96
SUPRIMIENTO FETAL C. Y A.	22	4.75
R. P. M.	20	4.31
CERVIX DESFAVORABLE	18	3.87
PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA	17	3.66
OTRAS	45	9.69
TOTAL	464	100

I. S. S. S. T. E.
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 1 9 8 8

RELACION DE PACIENTES CON O SIN OPORTUNIDAD DE TRABAJO
 DE PARTO Y ANTECEDENTE DE CESAREA

No.	<u>SIN OPORTUNIDAD</u>		<u>CON OPORTUNIDAD</u>		<u>TOTAL</u>	
	No.	%	No.	%	No.	%
CESAREAS						
ANTERIORES	No.	%	No.	%	No.	%
UNA	101	77.10	30	22.9	131	100
DOS O MAS	57	100	0	0	57	100

I. S. S. S. T. E.
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 1 9 8 8

PERIODO DE TRABAJO DE PARTO EN EL CUAL SE INDICO UNA NUEVA
 CESAREA SIN OPORTUNIDAD DE EVOLUCION VAGINAL

INDICACION	Sin T.P.		Prodomos		1er. periodo Latente		1er. periodo Activo		2o. periodo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DCP	4	8.8	18	40	11	24.5	11	24.5	1	2.2	45	44.5
Electiva	5	26.3	6	31.6	5	26.3	3	15.8			19	18.8
Interg.Corto	5	22.7	5	22.7	10	45.5	2	9.1			22	21.7
RPM			2	50	2	50					4	3.9
Inmin. Rup.Seg.					2	100					2	1.9
Transverso			2	100							2	1.9
Macrosomico							1	100			1	0.9
B.R.F.P.					1	100					1	0.9
Post-termino			1	100							1	0.9
Producto valioso							1	100			1	0.9
Socuelas de polio					1	100					1	0.9
Pélvico							1	100			1	0.9
Gemelar							1	100			1	0.9
Total	14	13.8	34	33.6	32	31.6	20	19.8	1	0.9	101	100

I. S. S. S. T. E.
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA

1 9 8 6

CORRELACION DEL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO Y CAUSAS DE FRACASO EN
 CESAREA PREVIA CON OPORTUNIDAD DE EUTOCIA.

INDICACIONES	No.	%	HORAS PROMEDIO
D.C.P.	14	46.7	9.21
S.F.A.	5	16.6	8.08
INDUCTOCONDUCT.			
FALLIDA	4	13.3	12.14
DILATACION			
ESTACIONARIA	2	6.7	13.00
CERVIX			
DESFAVORABLE	2	6.7	13.00
INMINENCIA DE			
RUPTURA DE SEG.	2	6.7	13.00
PROLAPSO DE			
CORDON	1	3.3	3.15
TOTAL	30	100	10.2

I. S. S. S. T. E.
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 1 9 8 8

DISTRIBUCION DE LA CESAREA POR SEMANAS DE GESTACION

SEMANAS	No.	%
35.6 y menos	25	5.38
36 a 41.6	395	85.12
42 y más	44	9.48
Total	464	100

CONFIABILIDAD DE SEMANAS DE GESTACION EN CESAREA

	No.	%
Confiables	332	71.55
No confiables	132	28.44
Total	464	100

I. S. S. S. T. E.
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 1 9 8 8

DISTRIBUCION POR SEXO DEL RECIEN NACIDO POR CESAREA

SEXO	No.	%
MASCULINO	259	54.29
FEMENINO	218	45.70
TOTAL	477	100

Incluidos productos de embarazos gemelares

APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS DE RECIEN NACIDOS POR CESAREA

APGAR	AL MINUTO		A LOS 5 MINUTOS	
	No.	%	No.	%
0 a 3	11	2.30	8	1.67
4 a 6	33	6.91	11	2.30
7 a 10	433	90.77	458	96.01
TOTAL	477	100	477	100

Incluidos productos de embarazos gemelares

I. S. S. S. T. E.
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 1 9 8 8

DISTRIBUCION POR PESO DEL RECIEN NACIDO POR CESAREA

GRAMOS	No.	%
2,500 y menos	63	13.20
2,501 a 3,500	303	63.52
3,501 a 4,000	88	18.44
4,000 y más	23	4.82
TOTAL	477	100

Incluidos productos de embarazos gemelares.

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
1 9 8 8

DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE MORBILIDAD DEL RECIEN NACIDO

CAUSA	No.	%
PREMATUREZ	25	25.77
PRODUCTO POST/TERMINO	44	45.36
HIPOXIA	17	17.52
MALFORMACIONES CONGENITAS	5	5.15
INCOMPATIBILIDAD A Rh	2	2.06
OTRAS	4	4.12
TOTAL	97	100

I. S. S. S. T. E.
 HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
 SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
 1 9 8 8

CESAREA Y MORBIMORTALIDAD MATERNA/PERINATAL

	No.	%
MORBILIDAD MATERNA INMEDIATA	8	1.72
MORTALIDAD MATERNA	2	0.43
MORBILIDAD FETAL	97	20.9
MORTALIDAD FETAL	9	1.93

CESAREA Y CAUSAS DE MUERTES DEL PRODUCTO OBTENIDO POR CESAREA

	No.	%
MORTALIDAD PERINATAL	9	1.93
PRENATAL	3	0.64
POSTNATAL	6	1.29

CESAREA Y MORTALIDAD MATERNA/PERINATAL

	No.	TASA
MORTALIDAD MATERNA	2	4.14
MORTALIDAD PERINATAL	9	18.67

Tasa por 1000

ANALISIS Y COMENTARIOS

Iniciando con el nivel socioeconómico de nuestras pacientes tenemos dos parámetros en el estudio 1) escolaridad y 2) ocupación. Al analizar la escolaridad se observa un porcentaje muy bajo de analfabetas(0.64%); entre los grupos intermedios de 1-5 y de 6-12 años estudio, la relación porcentual es muy semejante(40.9% y 42.2%). El grupo de mayor escolaridad, más de 13 años estudio, solo abarca un sexto - del total de la población escolar, se observa que la mayor población se encuentra con una escolaridad en termino medio.

Del total de nuestra población estudiada cerca de la mitad(45.26%) tiene alguna ocupación fuera de su hogar, el 54.7% se dedica a labores del hogar.

La distribución por estado civil, la inmensa mayoría son casadas(88.3%). La cifra menor corresponde a las solteras con un 3.6%. El porcentaje de pacientes casadas se considera muy alto, habria que revaluar si esta condicionada la pregunta o respuesta durante el interrogatorio.

Se puede observar que la población derechohabiente de nuestra zona pertenece a un nivel socioeconómico medio-- con tendencia a ser bajo, lo que puede repercutir en el riesgo obstétrico.

La mayoría de las pacientes que nos ocupa se encuentra - en la edad de menor riesgo(86.3%), dentro de éste grupo 20 a

35 años, llama la atención el 24.3% del total de la población y que pertenece al subgrupo de 30 a 35 años. - Hay que tener en cuenta que el riesgo reproductivo - se eleva desde los 30 años.

Se resolvieron durante el tiempo establecido un - total de 1716 procedimientos obstétricos, de los cuales 1232 fueron partos vaginales y 482 partos abdominales, dandonos un 28.13% de cesáreas. No se estableció correlación entre el número de cesáreas y partos vaginales en cuanto a los indicadores de riesgo.

La comparación con los dos estudios de investigación sobre cesárea realizados en este hospital en 1984 y 1987, demuestran un incremento en el índice - de cesáreas del 5.03%. (5,6)

La correlación de nuestro índice de cesáreas en relación a otros hospitales a nivel nacional es muy variable; en el mismo período de tiempo se encontró un índice de cesáreas de 32% en el Hospital Reg. Puebla, Pue. Hace 3 años en el IMSS de Monterrey reporto incidencia de 36.7%. En 1984 El Hospital Luis Castelazo A. reporto 24.2% y el Hospital 20 de Nov. un 15.4%. en 1983 el hospital de G/O 3 del IMSS notifico un 11.3%. (7,8,9,10)

En relación a nuestro país vecino E.U. los reportes tienden a ser discretamente menores, entre 25y30% aunque hay reportes de hasta 37.7%. (11,12,13,14)

Globalmente podemos ver que está incrementandose la cesárea en nuestro hospital en relación a años anteriores, que estamos por arriba de ciertos hospitales del D.F. y por abajo de hospitales de provincia; con

E.U. nos situamos dentro del consenso general.

El tipo de cesárea fue primaria en 276 casos - 59.4%, repetida en 131 casos 28.23% e iterativa en - 57 casos 12.28%.

Secundario a la sobrecarga de trabajo en el Hospital I. Zaragoza solo el servicio de perinatología-programa cesáreas, y es en un porcentaje mínimo; el resto son cesáreas de urgencia. 428 de urgencia(92.24 por ciento) y 36 programadas de perinatología(7.75 por ciento).

La indicación más frecuente de cesárea resulto - ser la cesárea previa: con una cesarea anterior como antecedente correspondio al 28.2%, con dos cesáreas - previas correspondio al 12.2%, en relación al 12.29 % por DCP.y misma cifra para la presentación pélvica. - Esto da un giro en relación a las estadística de hace un año donde la primera causa era la DCP. La respuesta al resultado anterior es fácil, si en tan solo tres meses de estudio se operaron 276 pacientes de primera vez, de ellas 212 se operarán nuevamente ya que solo se les da oportunidad de parto vaginal a un 22.9%; como se operaron 131 con cesárea previa pasarán a ser - iterativa, por lo que se suma 131 más 212 más las iterativas que no se les realizó salpingoclasia. Si el - resultado se multiplica por cuatro(4 trimestres) se - generarán 1372 pacientes con antecedente de cicatriz - uterina al año, y esto solamente en nuestro Hospital. En consecuencia hay que esperar una mayor cantidad de cesárea de repetición o iterativa en los proximos -- años.

El rubro de antecedente de cesárea es muy discutido para la resolución obstétrica posterior. En la actualidad, cuando uno de cada cinco partos es quirúrgico y uno de cada tres de éstos es de repetición, debemos pensar antes de decidir y preguntarnos si realmente es necesaria la operación de repetición. El aforismo de Craigin "una vez operación, siempre operación", corresponde a una época con múltiples deficiencias, y era correcta. En la actualidad es sorprendente que la mayoría de los obstetras trata ese aforismo arcaico como si fuera la conclusión de un estudio reciente.

El temor a la rotura uterina está exagerado, se definen dos tipos básicos de rotura uterina, la completa o verdadera, usualmente es súbita, y con dolor pérdida de sangre y morbilidad materna y fetal, es muy frecuente en roturas espontáneas o traumáticas del útero no cicatrizado. También ocurre en pacientes con cicatrices anteriores de cesárea clásica, pero es sumamente rara en pacientes con incisión uterina transversal baja previa. La rotura uterina incompleta, se indica como rotura "oculta" o "silenciosa", "dehiscencia" o "ventana uterina", es una separación parcial de la pared uterina, los síntomas, hemorragia y morbilidad feto/materna es mínima o no la hay. En el presente estudio se encontraron cuatro inminencias de ruptura de segmento y se encontró solamente una dehiscencia de cicatriz antigua.

Un estudio de colaboración de 14 instituciones

incluyó 70 roturas de uteros no cicatrizados con cuatro muertes maternas. 72 roturas de úteros cicatrizados sin muertes maternas. De las 33 roturas comunicadas de cicatrices transversas bajas en este estudio, 31 fueron realmente ventanas asintomáticas encontradas en el momento de practicarse una cesárea electiva de repetición.(12)

En conclusión, la rotura espontánea o traumática de un útero no cicatrizado frecuentemente es completa e imprevista. En contraste, la "rotura" de una incisión uterina transversa baja previa, en la mayor parte de los casos es incompleta y sin consecuencias.

En nuestro estudio de 101 pacientes con antecedente de una cesárea previa solamente se dió oportunidad de trabajo de parto vía vaginal. como ya mencionamos corresponde a un 22.9%, fracasaron por: DCP, SFA, inductoconducción fallida, dilatación estacionaria, cervix desfavorable, inminencia de rotura de segmento y prolapso de cordón. La oportunidad es muy baja, y esta comprobado que aunque en la cesárea anterior fuera por DCP o falta de progresión del parto y se dejara a evolución espontánea o incluso con aplicación de oxitocina (no eleva el riesgo) se logra el éxito de de un 61 a 77%. Habrá que valorar cuidadosamente a dichas pacientes, elaborar un protocolo de manejo para dar prueba de trabajo de parto a mujeres portadoras de cesárea. Haría disminuir en 15% su frecuencia sin aumentar el riesgo de dehiscencia o rotura uterina ya que estas son de 0.25% a 0.60%. (10,12,14,16,17-

18)

De las 101 pacientes que no se les dio oportunidad de parto vaginal por cesárea previa el 19% - fue por indicación electiva. Se entiende por electivo, del latín electivus que significa "se hace o se da por elección", acto reflexivo de decidir entre - diversos posibles y presupone una decisión previa - entre elgír y no elegir. Una cesárea electiva presupone que incluso se indica sin trabajo de parto, sin RPM, SF o complicaciones maternas a tratarse. Cuando surge indicación de este tipo no hay acuerdo médico, se hacen a menudo correcciones diagnósticas - dejando entre comillas la capacidad del médico para poder tomar una detrmínación correcta y si es mal programada aquí es cuando aumenta la morbilidad materna y fetal. (20,21)

La distocia de trabajo de parto se separo de - la DCP(o no se incluyó) ya que la DCP se encontró - especificada a expensas de pelvis materna, o producto hipertrófico, no dando oportunidad de trabajo de parto. En caso de presentarlo se indicó la cesárea - lo mas pronto posible.

En las 29 pacientes(6.26%) con distocia de trabajo de parto fúe de causa variable: idstocia de - contracción, trabajo de parto prolongado, inducto--conducción fallida o distocia adquirida(occípito - posterior, occípito transversa, presentación de cara); en este apartado se encuentran las pacientes - con aplicación de fórceps fallidos, que en total - fueron tres y a pesar de ello se obtuvieron los -- productos con Apgar adecuado. En algunas pacientes--sucedió lo mismo con el apartado de "no justifica--

das", fueron sometidas a cesárea con edad gestacional y con pelvis adecuada, sin sufrimiento fetal y con fase latente del 1er. período de trabajo de parto.

El término "distocia" (del griego dys, "malo o anormal" y tokos, "nacimiento") se usa para describir cualquier parto prolongado, las causas se agrupan - en tres: pasajero, el pasaje y los poderes (fuerza) - del trabajo de parto. La distinción entre fetopélvica y la disfuncional ejerce fuerte demanda sobre la agudeza del obstetra. Si un parto está obstruido -- habrá que analizar detenidamente la curva de Friedman. En las nulíparas la fase latente normal puede durar hasta 20 horas, con duración media de 6.4, en las multíparas dura hasta 14 horas con promedio de 4.8. En la fase activa la curva es aproximadamente de 1 cm. de dilatación por hora en nulíparas y de 1.5 cm. en las multíparas. La fase latente puede distinguirse del falso trabajo de parto sólo en forma retrospectiva y puede prolongarse anormalmente por acción de medicación analgésica. Frecuentemente se culpa a una paciente de "fracasar en la evolución del parto", cuando está simplemente en fase latente. La cesárea practicada durante dicha fase es injustificada, a menos que haya otra indicación además de la probable distocia. (22)

El fracaso en la evolución del trabajo de parto es simplemente un término descriptivo y no un diagnóstico. (23)

La tercera causa de cesárea fue la presentación

pélvica y se correlaciona adecuadamente con las estadísticas nacionales y extranjeras, en el estudio resulto en un 12.29% y fue de la siguiente manera:

-NULIPARAS.

Todas con producto eutrófico 8(14%).

-PRIMIPARAS.

Producto hipotrófico 2(3.5%).

Producto eutrófico 20(35%).

Producto hipertrófico 2(3.5%).

-SECUNDIPARAS.

Producto hipotrófico 1(1.7%).

Producto eutrófico 12(21%).

Producto hipertrófico 1(1.7%).

-MAS DE DOS PARAS.

Producto hipotrófico 1(1.7%).

Producto eutrófico 8(14%).

Producto hipertrófico 2(3.5%).

El alineamiento del polo fetal inferior con la pelvis materna puede ser de tres tipos; franca de nalgas, completa e incompleta, la frecuencia general es del 4%. La selección de la paciente para la prueba de inducción de parto es muy debatido en obstetricia y depende de varios factores: edad gestacional(en prematuros hay posibilidad de atramiento de cabeza última), trofismo del producto, el grado de flexión o extensión de las extremidades pélvicas fetales, la calidad del trabajo de parto, el tamaño de la pelvis, la paridad, integridad o no de las membranas y la hiperextensión de la cabeza.(24)

A la frecuencia global de la presentación pélvica, corresponde a más del 25% las gestaciones menores a 28 semanas, la mortalidad perinatal es cinco veces mayor por vía vaginal a la abdominal. La prematuridad, malformaciones congénitas fetales (hidrocefalia, meningocele y anencefalia) contribuyen a la frecuencia de presentación de nalgas y a la mortalidad perinatal. Se agregan como causas importantes de pérdidas perinatales en parto pélvico la anoxia al nacimiento y lesión traumática obstétrica.

La frecuencia de lesión obstétrica durante el parto vaginal de nalgas es 13 veces superior a la asociada con las presentaciones cefálicas. En varios estudios está confirmado que la vía del parto no establece diferencia alguna en cuanto a mortalidad neonatal en productos con pesos al nacimiento superiores a 2,500 g. Sin embargo, la cesárea mejoró notablemente la mortalidad neonatal de lactantes con pesos al nacimiento entre 1,000 y 2,499 g.

Se considera adecuada la conducta de seleccionar cuidadosamente a las candidatas a parto vaginal con presentación franca de nalgas y embarazo a término además de cumplir criterios como: peso fetal estimado entre 2,500 y 3,500 g., cabeza fetal flexionada, pelvis materna adecuada (aquí está justificada la corroboración con pelvimetría radiológica) y ausencia de indicación materna o fetal para cesárea. Las pacientes con presentación de nalgas y 26 a 35 semanas de gestación que no satisfacen los criterios apuntados deben dar a luz por vía abdominal. No olvidar que los productos en presentación pélvica cuya manipulación no es correcta pueden ser lesionados durante la cesárea, las técnicas manuales-

en estos casos implica la misma destreza que es esencial para un parto por vía vaginal. En nuestro estudio una de las muertes neonatales fue en parto abdominal pélvico, uno de nueve en total, no se especifica la causa de muerte. Corresponde al 0.2% del total de nacimientos.

La norma de nuestro Hospital es:
Presentación pélvica = cesárea.

En el embarazo gemelar también es controvertida la resolución y depende al igual de varios factores: edad y trofismo de los productos, paridad y tipo de pelvis, presentación del 1o. y 2o. producto.- Existen protocolos de manejo para parto abdominal o vaginal en otras instituciones, dependiendo de los factores mencionados. En nuestro hospital la conducta es la misma que para la presentación pélvica, se resuelven por vía abdominal a menos que ingresen en fase de pendiente máxima de trabajo de parto. (24)

El sufrimiento fetal como causa de cesárea solamente alcanza un 4.75% en nuestra institución a diferencia de otros centros que ocupa un lugar relevante.

El objetivo central del estudio fue realizar un examen cuidadoso de las causas más frecuentes que hacen elevar el índice de operación cesárea así como perspectivas de manejo futuro para estabilizar o disminuir dicho incremento, las demás causas de cesárea no se mencionan por ocupar un porcentaje menor al 4%.

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos se logró un análisis -
descriptivo satisfactorio, permitiendo así cumplir -
con los objetivos trazados.

A la revisión bibliográfica se concluye que: la
incidencia de operación cesárea continúa incrementán-
dose, tanto en centros hospitalarios nacionales como
extranjeros. En nuestro hospital deberá tomarse en -
cuenta la cifra "30%" ya que si la rebasamos estaremos
en el límite superior en relación a los demás hospi-
tales.

Tenemos un incremto importante de 1984 a la fe-
cha del 5.03%.

Las causas más frecuentes que motivaron la in-
tervención quirúrgica son las mismas que predominan-
en otras instituciones, aunque encontramos un relevo
quedando en segundo lugar la DCP en lugar de la cesá-
rea previa, en años anteriores la DCP ocupaba el pri-
mer sitio. La causa condicionante es: "cesárea pri-
maria actual", originará antecedente de cicatriz ute-
rina, y "cesárea en pacientes con antecedente de ce-
sárea" originará cesárea iterativa.

En nuestras pacientes con antecedente de cesá-
rea se demostró que se le da poca oportunidad de par-
to vaginal. El parto vaginal puede llevarse a cabo -
en paciente con cesárea previa única, mientras no -
exista una nueva indicación "absoluta" para la his-
terotomía.

Existe un número importante de indicaciones "modernas", con el afán de ofrecer un mejor futuro a la madre e hijo, no ponemos en discusión sus virtudes y beneficios, pero está lejos de ser considerada como un procedimiento inocuo aún para el feto y el recién nacido. Deberá analizarse su evolución en forma periódica y sus efectos sobre las cifras de morbimortalidad materna y perinatal, para determinar en el momento actual su lugar dentro de la práctica obstétrica cotidiana. Además de servir de base para nuevos estudios relacionados con el tema, ejemplo:

¿Que condiciona el que se esté incrementando la incidencia de cesáreas por RPM?

Análisis comparativo de morbilidad perinatal en multigestas sin condicionantes agregadas en relación al parto vaginal y abdominal con embarazo gemelar o pélvico.

Queda demostrado que hay cantidad de conductas médicas susceptibles de modificarse, con el fin de abatir o estabilizar la operación cesárea. Como en el grupo de Dublin que no ha modificado su tasa de cesáreas y continúa bajando los índices de morbilidad perinatal, o como en la universidad de Mc Gill en Canadá con mortalidad perinatal de 8 por 1000 y con índice de cesáreas del 12%.

A la luz de nuestros resultados es importante considerar que, las dos oportunidades que tenemos para disminuir o impedir el incremento de cesáreas en -

nuestro hospital tendrian que enfocarse:

- 1.- A incrementar la presición, justificación y/o - oportunidad con que se lleva a cabo la primera ce sárea ya que de ésta forma se podrian evitar mu- chas operaciones que en la actualidad se justifi- can muy a la ligera con el diagnostico de DCP.

Otra posibilidad se abre con el uso adecuado de - prostaglandinas en inducciones con cuello desfavo- rable, pero indiscutiblemente que es necesario in crementar el interes del médico hacia una vigilan cia prenatal adecuada que disminuya efectivamente los embarazos de alto riesgo.(31,32)

Como tercera observación al apartado seria el de propiciar un mejor conocimiento por el obstetra - sobre la fisiología uterina para evitar la indica ción de cesárea en fase latente normal del traba jo de parto que frecuentemente se origina por la "prisa" del médico.

- 2.- La cesárea consecutiva a una cesárea anterior tam bien puede disminuirse en un alto porcentaje si - se siguen los lineamientos establecidos, la prue ba del trabajo de parto y se condicionan mediante procesos educativos al médico para tratar de evi tar una segunda cesárea que obligaría en un ter cer embarazo a resolverlo por esta vía.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

R E S U M E N

En el periodo comprendido entre el 15 de agosto al 15 de noviembre de 1988, se estudiaron un total de 464 pacientes intervenidas de cesárea.

Registramos y analizamos edad materna, edad gestacional, fecha de ingreso, horas de estancia en labor, antecedentes obstétricos, diagnóstico de ingreso y postoperatorio así como condiciones del recién nacido.

Se demostró que continúa el incremento de operación cesárea, obteniéndose un índice creciente de 1984 a 1988 del 5.03%.

Al analizar principalmente las indicaciones de cesárea, está en primer lugar la indicación por cesárea previa 40.5%, desplazando a segundo lugar a la DCP 12.29%.

al estudiar las causas principales se concluye - que, basta ser más cautos en la determinación del parto abdominal o vaginal, como lo logran otros centros hospitalarios. A la cesárea previa se debe dar más - oportunidad sin temer a consecuencias graves.

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

1. D. N. Danforth.: Tratado de Obstetricia y Ginecología. Cuarta edición. Interamericana, págs. 11-13. 749-758. 1987.
2. Pierre M.M.: Ginecología y Obstetricia. A.M.H.G.O. No. 3 - IMSS. Segunda edición, págs. 603-610. 1985.
3. Ralph C.B.: Ginecología y Obstetricia. Sexta edición. Manual-Moderno, págs. 400-406. 1981.
4. Manual de normas y procedimientos en obstetricia IMSS , págs-291-300. 1986.
5. Ventura N.P. Vargas G.C.: Evaluación epidemiológica en el -servicio de ginecobstetricia del "ospital Zaragoza. Tesis ISSSTE, UNAM. 1985.
6. Virgilio M. G. Vargas G.C.: Evaluación epidemiológica y perinatal de la cesárea en el H. Zaragoza. Tesis, ISSSTE, -UNAM. 1988.
7. Angeles W.C. y cols.: Estado actual de la cesárea en el H.-de Ginecobstetricia "Luis Castelazo Ayala". Ginec. Obste. -Méx. 54;67-70. 1986.
8. López O.E. y cols.: La histerectomía obstétrica en el H. de ginecobstetricia 3_a del IMSS. Ginecología y Obstetricia de México. 51(318); 281-286. 1983.
9. Rodríguez R.S. y cos.: Cesárea de repetición. Ginecología y Obstetricia de México. 50(302); 153-155. 1982.
10. Puente G.H. y cols.: Cesárea electiva, análisis de 600 casos. Ginecología y Obstetricia de México. 54;191-196. 1986.
11. Bruce L.F. y cols.: Vaginal delivery following cesarean section: use of oxytocin augmentation and anesthesia with internal tocodynamic and internal fetal monitoring. Am.J. Obstet.-Gynecol. 148(6); 759-763. 1984.
12. Bruce L.F.: Parto vaginal después de cesárea: controversias antiguas y nuevas. Ginecología y Obstetricia . Temas actuales. 1986.

13. Bruce L. F. y cols.: Vaginal birth after cesarean section:- Results of a multicenter study. Am.J. Obstet. Gynecol.158 - (5);1079-1083. 1988.
14. Richard P.P.: Índice elevado de operación cesárea.Obstet. - Gynecol. 65;307-311. Marzo 1985.
15. Ira M.R.: Operaciones obstétricas y ginecológicas en los - E.U., 1979 a 1984. Obstet. Gynecol. 67; 755-759. junio 1986.
16. Gómez P.J. Jasso A.R.: Cesárea previa única, analisis de - 1000 casos. Gineco.Obstet.Méx. 32(191);251-267. Sept. 1972.
17. Richard P.P.C.E.Gibbs: Operación cesárea repetida, parto va- ginal planeado después de operación cesárea. Temas actua-- les de Ginecología y Obstetricia; 503-521. 1981.
18. Richard H.P.: Intento de trabajo de parto en la paciente con cesárea anterior. Am.J. Obstet. Gynecol. 151;297-304. 1985.
19. Carolyn B.H.:Una evaluación de los riesgos relativos de una- tentativa de parto contra una operación cesárea electiva rei- torada. Am.J. Perinatol. 3;107-114. Abril 1986.
20. Andrew F.O. y cols.: Nacimiento por cesárea y mortalidad neo- natal en los niños con bajo peso al nacer. Obstet. Gynecol.- 64;267-270. Agosto 1984.
21. Emily W. y cols.: Investigación de la relación entre el naci- miento por operación cesárea y síndrome de dificultad respi- ratoria del recién nacido. Am.J. Epidemiol. 121;651-662.Mayo 1985.
22. Roy M.P. y cols.: Cesárea. Clínicas Obstétricas y ginecológi- cas.4;869-981. 1985.
23. Richard P.P. Distocias fetales. Clínicas Obstétricas y Gine- cológicas. 1;55-56. 1987.
24. Wight P. Patricia M.H. y cols.: Presentación de nalgas. Ges- tación múltiple.Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 2;325- 337. 339-336.1986.
25. Marin R.R. y cols.: Resolución del parto subsecuente a cesá- rea previa, presentación de 200 casos. Ginecología y Obste-- tricia de México. 53;327-334. Diciembre 1985.

26. Escalante L.M.: Indicaciones actuales de cesárea corporal. Memorias del curso "Actualización en Ginecología y Obstetricia", págs. 53-59. Octubre 1986.
27. Janet M.H. y cols.: Previous cesarean section: The risks and benefits of oxytocin usage a trial of labor. Am. J. Obstet. Gynecol. 151(5);564-568. March 1. 1985.
28. George F. y cols.: Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. Am.J. Obstet. Gynecol. 156(3);565 - 566. March. 1987.
29. Geoffrey M.A.: Causales del creciente índice de nacimientos por cesárea: datos de Ontario desde 1979 hasta 1982. N.Engl. J. Med. 311;887-892. Octubre 4, 1984.
30. B.G.Molloy: Delivery after caesarean section: review of 2176 consecutive cases. British Medical Journal. 294(27);1645 -- 1647. June 1987.
31. Jaen H.P. Vargas G.C.: Uso de prostaglandinas para maduración cervical. Tesis de postgrado. ISSSTE, UNAM. 1987.
32. Cárdenas L.G. Vargas G.C.: Maduración cervical con PGE₂ en embarazos de término con productos viables. Tesis de postgrado. ISSSTE, UNAM. 1988.