

1/2/7  
4  
20y

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



División de Estudios Superiores y de Postgrado  
FACULTAD DE MEDICINA

"INCIDENCIA DE OPERACION CESAREA, EN EL  
LAPSO DE UN AÑO, EN EL HOSPITAL GENERAL  
DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ DEL  
ISSSTE"

TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA  
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. TOMAS ARMANDO ARGANDAR FLORES



México, D. F.



1987



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

	Páginas
INTRODUCCION . . . . .	1
HIPOTESIS . . . . .	3
HISTORIA . . . . .	4
a) Indicaciones . . . . .	12
b) Métodos . . . . .	16
c) Mortalidad Materna . . . . .	17
d) Mortalidad Perinatal . . . . .	18
MATERIAL Y METODOS . . . . .	19
RESULTADOS . . . . .	20
COMENTARIO . . . . .	26
BIBLIOGRAFIA . . . . .	30

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

La operación cesárea es un recurso quirúrgico de la obstetricia que se realiza con mayor frecuencia cada día, gracias a los avances en la técnica quirúrgica, en la anestesia y en el cuidado trans y post operatoria de las pacientes. Se considera que constituye entre 4 y 6% del trabajo en hospitales de ginecoobstetricia. La seguridad con que nosotros los obstetras manejamos ahora este procedimiento no disminuye en manera alguna la obligación de establecer con la mayor precisión posible la indicación de la operación que en algunas ocasiones estará basada en la índole del propio problema - obstétrico presente, como sucede con la desproporción fetopélvica y la cesárea iterativa, pero en otras dependerá de la evolución del trabajo de parto (distocia de contracción) y de sus complicaciones (prolapso de cordón), (desprendimiento prematuro de placenta normoinsera y embarazo gemelar etc.), en tanto otras veces la presentación brusca y la gravedad de algunas situaciones obligan a la intervención cesárea.

Todo ello implica que debe considerarse a la cesárea como un recurso dirigido a proteger al feto y a la madre evitando riesgos (desproporción fetopélvica, cesárea iterativa), reduciendo riesgos (isoimmunización materno fetal, diabetes, toxemia) y combatiendo riesgos (sufrimiento fetal, placenta previa sangrante, etc.) Para que sus resultados sean óptimos, se requiere que se precise el diagnóstico: de la situación obstétrica presente, de la condición fetal y de la interrelación de ellas, ya que la variabilidad que cada situación tiene en cuanto a su gravedad intrínseca, al tiempo de su presentación en relación a la gestación, al tiempo de evolución; en cuanto a la edad gestacional, su crecimiento y desarrollo en relación a ella, a los efectos que sobre su homeostasia estén causando los trastornos presentes, matizan la situación obstétrica y condicionan los resultados que se obtienen. Así por ejemplo las dos indicaciones más frecuentes de esta operación en la actualidad, que son la desproporción cefalopélvica y la cesárea iterativa que abarcan un 50% de las operaciones cesáreas, son generalmente intervenciones programadas o al menos decididas después de una espera armada del ginecoobstetra que por tanto, interviene sobre una gestante en buenas condiciones para extraer un feto también en buenas condiciones y efectúa el acto quirúrgico con toda tranquilidad, con anestesia equilibrada y controlada, todo lo cual hace que la mortalidad materna sea

gestante en buenas condiciones para extraer un feto también en buenas condiciones y efectúa el acto quirúrgico con toda tranquilidad, con anestesia equilibrada y controlada, todo lo cual hace que la mortalidad materna sea prácticamente de cero, y la fetal fluctúe entre 1 y 2%. En cambio, urgencias quirúrgicas como las que implican la placenta previa central sangrante, el desprendimiento prematuro de placenta y de las posiciones anómalas, ocasionan mortalidad fetal entre el 20 y 40% y a veces la propia madre muere por la problemática obstétrica.

Evidentemente, tanto más corta hubiere sido la vida intrauterina del producto tendrá este mayor inmadurez y cursará mayores riesgos con menor oportunidad de superarlos y, si por otra parte, el microambiente (útero) y el matroambiente (organismo materno) le han sido desfavorables, como sucede cuando está presente patología general de la madre, por ejemplo diabetes, infecciones, trastornos cardíacos, o bien patología específica de la gestación como toxemia gravídica, anomalías constitucionales o funcionales de la placenta, se habrán afectado la integración y la fisiología del feto y se habrá reducido su resistencia a cambios ambientales aún fisiológicos, como el trabajo de parto normal y mucho más al meneko quirúrgico, el cual, sin embargo, puede ser un riesgo menor y, por tanto, un mal necesario para resolver la situación de la menor manera posible.

## H I P O T E S I S

La operación cesárea está lejos de ser considerada un procedimiento inocuo, el índice de mortalidad materna varía de 2.8 a 8 por 10,000 nacidos vivos. Su frecuencia en la literatura mundial nos reparta índices variables, en la década de los cuarentas osciló entre 8 y 35 por ciento, en la actualidad las cifras varían entre 20 a 40 por ciento.

La culminación de un embarazo no siempre se verificará exitosamente por la vía natural, es en este momento cuando el Gineco-Obstetra se apoya en el recurso de la operación cesárea, para obtener un recién nacido lo menos dañado posible, evitando de esta manera trastornos metabólicos graves por hipoxia aguda o crónica intrauterina; además disminuye la morbilidad materna, cuando durante el embarazo y el trabajo de parto, se presentan complicaciones.

La incidencia de la operación cesárea ha tenido un incremento notable en los últimos años, llegando a duplicar su frecuencia debido al conocimiento de las alteraciones fisiológicas del binomio materno-fetal, detectando con oportunidad los embarazos llamados de alto riesgo. A lo anterior se suma el gran número de pacientes portadoras de una o más cicatrices uterinas de cesárea.

Siendo éste el motivo por el cual me inclino a realizar una revisión de las indicaciones que motivaron llevar a cabo la realización de una intervención quirúrgica en nuestro Hospital así como los métodos empleados, las complicaciones y resultados obtenidos.

## H I S T O R I A

### DEFINICION DE LA OPERACION

La definición dada a la operación cesárea en 1790 por el gran obstetra francés, M. Jean Louis Baudelocque (1746-1810) fué: "Que en la operación - llamada cesárea cualquier vía es abierta para la salida del niño que la destinada para ello por la Naturaleza. Aunque para este propósito nosotros a veces cortamos a través de cubiertas apropiadas del abdomen, estamos generalmente obligados a abrir también el útero, y es particularmente en este último caso que la operación ha recibido el nombre de cesárea, pues en el primero pudiera expresarse simplemente con el término gastrotomía".

Baudelocque también consideró inadecuada la distinción entre operación cesárea abdominal y vaginal, y un siglo más tarde expresaron su apoyo a este punto de vista autores como Williams (1930), Newell (1931), Munro - Kerr (1937) y otros, quienes establecieron, que era sin duda preferible el término (Histerotomía vaginal".

En el caso de la cesárea verdadera, constituye parte obligada de la operación una incisión a través de la pared del útero, y no se estima apropiado aplicar tal nombre a las operaciones para extracción del niño de la cavidad abdominal después de rotura del útero, o en caso de embarazo abdominal 5, 7, 11, 13, 16, 20, 27, 29, 32.

#### ORIGEN DEL TERMINO CESAREA.

Aunque existe algún acuerdo respecto a la definición de la operación de la operación, el origen del nombre es todavía incierto. En origen de términos médicos (Skinner, 1961) se incluye la siguiente afirmación: "Se ha dicho que Julio César nació de esta manera, de aquí el nombre de operación cesárea". Sin embargo, en su obra clásica sobre sección cesárea J. H. Young de Edimburgo (1944) dice "No es en modo alguno probable la popular creencia de que Julio César llegó a este mundo por la operación cesárea, ya que Aurelia su madre, aún vivía cuando el emperador llevó a cabo la invasión de Gran Bretaña. Tal recuperación en un tiempo en que la anatomía y la cirugía estaban en sus albores apenas puede creerse".

Plinio (d.c. 28-70) en el libro VII de su Historia Natural sugiere que Escipión el Africano, o el primer César, fue así llamado por haber sido extraído después de cortar el útero de su madre. Sin embargo, Young (1944), sostiene que Escipión el Africano no fue el primer en llevar el nombre de César como Salmasus hizo notar ya que existió un César antes de la guerra Samita (343 a.c.), y sugiere como posible origen para el término que "deriva del verbo latino caedere" que significa "cortar" y por lo tanto simplemente implica parto por corte, lo cual es muy probable ya que los niños nacidos de madres muertas por sección abdominal eran conocidos como "caesones".

Haggard (1929) y Newell (1931), por otra parte, abogan por una explicación completamente distinta. En 715 a.c., Numa Pompilio, rey de Roma, promulgó una ley, incluida en la Lex Regia, por la cual se prohibía, ente-

rrar a una mujer embarazada hasta que el niño era extraído de su vientre, aún cuando la probabilidad de supervivencia fuera mínima, con objeto de que el niño y la madre pudieran ser enterrados separadamente.

Newell sugiere que la Lex Regia se convirtió en Lex Cesárea bajo el gobierno de los emperadores, y así la operación fue denominada "cesárea".

Rousset (1581) usó por primera vez el término "nacido por cesárea" en un libro publicado en 1591 y el primero que usó el término "sección" fue Jacques Guillemeau en su libro de obstetricia publicado en 1612. 5, 7, 11, 13, 16, 20, 27, 32.

#### Primera operación cesárea.

Surgen incluso más dificultades se tratamos de descibir cuando fue ejecutada la primera operación cesárea. Young 1944 dice al respecto: "Si bien no hay duda de que la operación es muy antigua, y de que ya se practicó desde principios del Imperio Romano, entre los hidúes primitivos y entre los egipcios, es imposible averiguar cuándo se llevo a cabo por vez primera, y si se ejecutó en una mujer viva o despues de su muerte".

Antes de 1500 esta operación fue practicada, al parecer post mortem con la esperanza de salvar al niño. Segpun Boley (1935) el registro más remoto de un niño nacido vivo por medio de la operación es el de Gorgias, célebre autor de Sicilia, 508 a. C.

Datos fidedignos al respecto indican que fue ejecutada operación cesárea en algunas de la razas primitivas, particularmente en la judfa, pues en el Nischnagoth, el libro más antiguo del pueblo judío publicado en 140

a. C., y en el Talmud, inmediato en antigüedad, se describen varios casos en que las mujeres dieron a luz por operación cesárea (Young, 1944).

El primer intento sobre una mujer viva en razas europeas fue en el año 1500 cuando Jacob Nufer, un capador de cerdos usando una navaja, ejecutaba la operación en una mujer, quién como dato en verdad interesante, sobrevivió. Este caso se consideró dudoso ya que no fue publicado hasta 1586 cuando Buhin lo incluyó en su apéndice a un ensayo de Francois Roussset de Montpellier quien informó de 15 casos de operación cesárea en pacientes vivas.

El primer caso en el siglo XVI ejecutado por un médico práctico se atribuye a Guillemeau (Skinner, 1961). Sin embargo, Young (1944) afirma que el primer caso auténtico practicado intencionalmente en una mujer viva fue llevado a cabo el 21 de abril de 1610 por Trautmann de Wittenbeg. La madre murió 25 días después de la operación.

La primera operación cesárea en Gran Bretaña fue efectuada el 29 de Junio de 1737 por Smith, un cirujano de Edimburgo (Murphy, 1859), basada en la indicación de parto prolongado durante siete días en una paciente con osteomalacia. El niño nació muerto y la madre murió 18 horas después de la operación.

El siguiente caso reportado y registrado fue la primera operación cesárea con resultados satisfactorios en Gran Bretaña ejecutada por una comadrona en enero de 1738. La paciente se llamaba Alice Oneale, de 33 años de edad, esposa de un granjero de Charlemont, Irlanda. La comadrona Mary Donnelly fue descrita como una mujer iletrada pero en verdad eminente entre la gente del pueblo para la extracción de niños muertos. Utili-

zó una navaja, y suturó la pared del abdomen con seda y una aguja de sastre. La herida fue curada con clara de huevo y la mujer se recuperó bien pero más tarde padeció hernia ventral (Murphy, 1859).

La primera cesárea efectuada en Estados Unidos fue una operación autoinflingida el 29 de enero de 1822 en que la paciente tenía 14 años de edad, y estaba embarazada ilegítimamente por dos gemelos. El primer niño nació por "vías naturales", y el segundo cuando la madre abrió su abdomen con una navaja. Fueron llamados los doctores Basset y McClellan, quienes cerraron la herida abdominal y la paciente sobrevivió. Nunca se llegó a conocer el destino de los dos gemelos (McClellan, 1822).

Durante estos primeros años (1500-1800) muchos cirujanos ejecutaron la operación en pacientes vivas debido a la alta mortalidad materna. Sin duda alguna esta operación se efectuaba con más frecuencia en el continente europeo que en Gran Bretaña. Thomas Radford de Manchester, en su libro publicado en 1880, cita tan sólo 131 casos de operación cesárea en Gran Bretaña e Irlanda entre 1737 y 1878. El número de madres supervivientes fue de 23 (mortalidad materna de 83%). Otras cifras de mortalidad documentadas con respecto al mismo periodo fueron: Kayser (1844) de Copenhague 62% y Schoroeder (1873) 54%.

La primera persona en sugerir que la incisión uterina debe efectuarse transversalmente en la parte inferior del útero fue R. W. Johnson de Londres, discípulo de Smellie y amigo de Hunter. La sugestión derivó de ciertas observación en el sentido de que cuan leve era la hemorragia en dos casos de rotura de útero, y tal sugestión fue incluida en su libro *A New System of Midwifery*, segunda edición, publicada en 1786. Sin embargo, no fue sino hasta casi un siglo después que F. A. Kehrer (1881) de Heide[

berg ejecutó esta operación.

La historia de la operación en el segmento inferior se remonta a 1805 cuando Benjamin Oslander (1759-1822), profesor de obstetricia en Gottingen indicó: "Existe todavía otro tipo de incisión, ideado por mi, que abre el útero en su mitad inferior, y a través de la cual puede efectuarse el parto con menos peligro y más rapidez". La incisión era vertical sin oclusión del útero aunque si se suturó, la pared abdominal. La paciente como era usual, también falleció.

Durante este periodo, nacieron cuatro hombres famosos cuyos descubrimientos influyeron en la mortalidad materna y propiciaron rápidos avances en la técnica quirúrgica y obstétrica, y ellos fueron James Young Simpson, nacido en 1811, descubridor del cloroformo y padre de los anestésicos. Ignatz Semmelweis, nacido en 1818, Luis Pasteur, nacido en 1822, y Joseph Lister en 1827, siendo justo reconocer que a los tres últimos debemos una gran reducción en el número de muertes causadas por infección.

Aún cuando los peligros de la infección fueron ya por entonces apreciados, persistía el problema de la incapacidad para esterilizar o controlar la infección intraperitoneal y fue precisamente tal obstáculo el que indujo al profesor Porro de Pavia (1876) a postular una nueva técnica que desde entonces fue conocida como operación de Porro, y que consistía en la sección cesárea seguida de la extirpación del útero y sus apéndices, incluyendo los ovarios, dejando tan solo la porción cervical del útero.

El primer obstetra inglés que ejecutó la operación de Porro, fue el profesor A. R. Simpson de Edimburgo el 21 de febrero de 1881. La operación caudo algunas controversias, como era lógico esperar, pero no hubo duda en el sentido de que redujo la mortalidad materna. Sin embargo, el auge de la

misma fue tan sólo transitoria ya que poco después (6 años) fue sustituida por operaciones de Kehrer (1881) y Sanger (1882). Lograron estos cirujanos desvanecer el descrédito o desprestigio en que ya había caído la operación cesárea, gracias a una importante medida, que consistió en cerrar la herida uterina.

Kehrer usó la incisión transversa en el segmento inferior y Sanger la incisión vertical en el segmento superior.

La técnica de Kehrer (1882) fue la precursora de la operación de segmento inferior y no difirió en ningún aspecto material de la empleada unos 40 años más tarde por operadores bien conocidos como Munro Kerr, Henry, Doerfler, Phanuef, Wodon, Julien y otros. McIntosh Marshall (1939) dijo: Merece ser considerado como el acontecimiento más importante en la historia del método de segmento inferior intraperitoneal.

Max Sanger (1853-1903) fue un cirujano alemán cuya principal contribución a la vieja operación cesárea fue adoptar un método para la oclusión perfecta de la herida uterina de modo que las salidas de los loquios no llegaran a la cavidad peritoneal. Aunque el útero ya había sido suturado muchas veces antes. A Sanger insertó mucho más puntos e invirtió el peritoneo con objeto de situar en yuxtaposición las superficies serosas, técnica recomendada previamente por dos cirujanos, Jobert y Lembert, quienes aplicaron el principio a las heridas intestinales.

La operación de Sanger bien podría ser considerada como precursora de la intervención clásica de segmentos superior de la actualidad y fue ejecutada con ligeras modificaciones por algunos pioneros de la obstetricia como Sir Francis Champneys (1889) de Londres, Murdoch Cameron (1889) de Glasgow Munro Kerr (1916).

Estas dos operaciones, junto con otros avances en medicina redujeron la mortalidad materna a cerca del 5%, pero no afectaron la mortalidad muy elevada que todavfa existía en presencia de infección.

Este problema de infección de la cavidad peritoneal condujo a Fritz Frank (1907), a un cambio más en la técnica operatoria cuyo nuevo método fue descrito como "parto suprasinfisiario", el cual fue después perfeccionado por Hugo Sellheim (1871-1923). Ambos cirujanos coincidieron que el objetivo básico era mantenerse fuera de la cavidad peritoneal y evitar así el problema de la peritonitis. El acceso transperitoneal inicial de Frank y el enclavamiento extraperitoneal de Sellheim tuvieron cada uno sus partidarios, pero las complicaciones que surgieron, llevaron a la operación de elección, esto es, el acceso intraperitoneal del tipo empleado en la actualidad.

Fueron muchas las modificaciones, tanto en la incisión de la pared abdominal como en la del segmento inferior durante los 3 años siguientes. 5. 7. - 11. 13. 16. 20. 27. 29. 32. 33. 34. 35. 36.

## INDICACIONES

No trataremos de tabular o clasificar las diversas indicaciones para operación cesárea ya que de ninguna manera es satisfactoria. En términos generales, las indicaciones son relativas, pues incluso en los casos en que al parecer son absolutas, como en la pelvis estrecha o contraída, no sería necesariamente indicación si el feto fuera pequeño. La operación se lleva a cabo por vez primera o se repite en una o más ocasiones. En ambos casos el método puede ser planeado como electivo, según la indicación, o se trata de una técnica de urgencia.

En una operación cesárea el riesgo no es sólo para la madre sino también para el feto y por lo tanto la operación debe efectuarse tan sólo cuando después de consideración cuidadosa de todos los factores en cada paciente individual, se llega a la conclusión de que el parto por cesárea es más inocuo y seguro para la madre y para el niño que el efectuado por vías naturales. Procede también recordar cuando se considera el bienestar del feto que no es tan sólo importante el número de supervivencias sino también la calidad se logra una frecuencia baja de operaciones cesáreas o un índice escaso de mortalidad perinatal si el futuro estado mental del niño va a adolecer de alguna insuficiencia. 34. 35. 36. 37. 38. 39.

No brinda beneficio alguno la práctica de comparar y criticar las indicaciones para la operación cesárea y la frecuencia de esta operación en diferentes hospitales ya que es virtualmente imposible encontrar dos completamente iguales no solo en tipo de pacientes, sino en sistemas y técnicas obstétricas es desde luego evidente que en un hospital con una obligación o compromiso regional y una alta frecuencia de remisiones habrá muchas más pacientes en la que esté indicada operación cesárea que en la unidad que efectúa la remisión. Además, la tendencia de centralización del cuidado perinatal y la remisión de las pacientes de riesgo alto en estas unidades es cada vez mayor. Para justificar tal conducta, se espera una mejoría en la mortalidad perinatal y el hallazgo de niños más sanos durante la vigilancia a largo plazo. Contribuyen también otros muchos factores al número de operaciones cesáreas, como localizaciones geográficas, grupos étnicos, estado socioeconómico, edad y paridad.

Dentro de estas tenemos: 1) MATEERNAS: 1.1) Distocias mecánicas, entre estas tenemos: Desproporción fetomaternas, túmores previos, obstrucción del canal blando y ventro fijación del útero.

1.2) Distocias dinámicas destacando: Indicaciones absolutas. dentro de estas se mencionan la inminencia de ruptura uterina. Indicaciones relativas: son la totalidad de las discinecias uterinas.

1.3) Enfermedades del Metabolismo: Diabetes y prediabetes.

1.4) Toxemia.

1.5) Primiparidad tardía.

1.6) Enfermedades preexistentes.

1.7) Carcinoma cervical.

1.8) Operaciones plasticas realizadas en el canal vaginal.

1.9) Procesos infecciosos de los genitales externos.

1.10) Cesáreas anteriores y

1.11) Embarazo prolongado. 35, 36, 38, 39, 40, 45, 46, 47.

2) FETALES: Entre ellas las más importantes son: 2.1) sufrimiento fetal agudo.

2.2) Presentaciones atípicas.

2.3) Gigantismo fetal.

2.4) Enfermedad hemolítica del feto.

2.5) Muerte habitual del feto. 6, 7, 9, 10, 48, 49, 59, 52, 51.

3) OVULARES: 3.1) Placenta previa.

3.2) Procidencia del cordón.

#### OPERACION CESAREA REPETIDA:

El aforismo según el cual "una vez operación cesárea, siempre efectuará ésta", es atribuido a Craigin en un artículo titulado, "Conservación en Obstetricia" publicado en el New York Medical Journal en 1916. Aunque el cambio de este aforismo fue reconocido con más lentitud en Norteamérica que en Europa, en la actualidad se acepta ampliamente que debe intentarse el parto vaginal a menos que la indicación para la cesárea previa sea recurrente.

Los riesgos para la madre y el feto de la operación electiva repetida deben ser comparados con los que implica el parto vaginal durante el cual el riesgo más importante es la rotura de la cicatriz previa. 50, 51, 52.

Dewhurst (1957) informó que el riesgo de rotura de la cicatriz en la operación cesárea clásica es de 2.2% para todos los casos, 4.7% cuando ocurre en pleno trabajo y 8.9% para parto vaginal, y las cifras correspondientes para operación de segmento fueron de 0.5, 0.8 y 1.2%, respectivamente. La mortalidad materna en casos de rotura de cicatriz clásica fué de 5% con mortalidad fetal de 73%.

Estos resultados maternos y fetales no justifican repetir la operación cesárea, a menos que esté indicada como antes se hizo notar, o si la operación previa fue una cesárea clásica, sin embargo, antes de toda tentativa de parto vaginal después de una operación cesárea repetida, es importante tomar todo género de precauciones para garantizar la seguridad de la madre y el feto por asistencia del parto en una unidad obstétrica con quirófano apropiado y que cuente en todo momento con personal experimentado, anestesista con amplia experiencia, -

ayuda pediátrica, y sangre disponible. 46, 47, 48, 49.

En términos generales se acepta que después de dos operaciones cesáreas previas no debe considerarse un ensayo de parto en un embarazo subsiguiente. Aunque este es un buen consejo en un parto muy prematuro, puede existir alguna circunstancia en que cabe considerar el parto vaginal. Sin embargo, cada caso debe ser juzgado según sus propios méritos. 50, 51, 52.

## MÉTODOS DE OPERACION CESAREA.

Existen dos métodos básicos para ejecución de una cesárea en primer término operación cesárea del segmento inferior, con con mucho la más común y la que debe ejecutarse a menos de que exista alguna contraindicación, y en segundo la cesárea clásica, operación llevada a cabo durante muchos siglos y que todavía ocupa un lugar en la práctica obstétrica moderna. 52.

Cualquier descripción respecto a cómo debe efectuarse cada una de estas operaciones, sólo puede referirse a extremos o puntos básicos ya que cada cirujano con experiencia ha modificado casi siempre la técnica para seguir sus preferencias personales, las cuales implicarán no sólo la técnica operatoria - propiamente dicha, sino también aspectos de la operación como - preparación preoperatoria, tipos de material de sutura y cuidados postoperatorios. Son también necesarias modificaciones, - según que se ejecute la operación en calidad de método electivo o de urgencia. 49, 50, 51, 52.

Por último sólo se mencionará además de los métodos anteriormente mencionados la cesárea extraperitoneal. 52.

Así mismo se menciona también la cesárea con histerectomía la que sólo fue concebida originalmente con el solo fin de prevenir la muerte materna por sepsis, perdurando hasta principios del siglo XX cuando fueron añadidas otras indicaciones como hemorragia incontrolable, rotura del útero y carcinoma del cuello. 40, 41, 42, 46, 47, 49.

## MORTALIDAD MATERNA.

La afirmación en el sentido de que esta operación puede ser considerada "innocua" sería más correcta si se utilizará el término "relativamente inocua" ya que todas las operaciones implican ciertos riesgos definidos.

Hasta 1974 esta mortalidad materna ha descendido tanto que ahora es preciso referir los resultados a 10,000 casos - Suthers, encuentra un 10 por 10,000, frente al 2.5% de la mortalidad global.

Dentro de las principales causas se mencionan: la anestesia 25.8%, la embolia pulmonar 14.5% la sepsis y el íleo paralítico, con ceca del 9% para cada uno.

La morbilidad materna se refiere en el 5%, incluyendo - las causas anteriores que no fueron letales y la dehiscencia de la cicatriz.

45, 46, 47, 48, 52.

En la actualidad, el índice de mortalidad materna después de una cesárea es muy bajo, pero esta operación tiene un riesgo mayor que el parto vaginal por un factor de 2.11. En algunos sitios se ha logrado índices de mortalidad de 0 en series grandes, y esto sugiere que la atención cuidadosa en la técnica quirúrgica y el cuidado postoperatorio pueden reducir la mortalidad posterior a cesarea. 53.

### MORTALIDAD PERINATAL.

La mortalidad perinatal oscila entre el 8.6% y el 0.7% esta mortalidad incluye una alta proporción de pérdidas antes del parto, debidas principalmente a abrupcio placentae. La mortalidad neonatal también es elevada y atribuible a inmadurez fetal, así como al prolapso del cordón y al sufrimiento fetal - intraparto de otra etiología. Por último, también existe una mortalidad intraparto que emana sobre todo de las dos últimas causas señaladas. Por eso, cuando la cesárea se hace de urgencia, la mortalidad perinatal es mucho mayor que cuando es electiva, ya que así se evitan muchas muertes intraparto. De todas maneras, este tipo de mortalidad nunca llega a desaparecer.

La morbilidad neonatal es alta, El distress respiratorio y las malformaciones son los síndromes más frecuentes. La vitalidad de los niños nacidos por cesárea es peor que la del control, pero la mayoría de los fetos deprimidos padecen retraso en el crecimiento, prematuridad, o bien la madre es diabética o sufrió shock obstétrico.

De todo esto se deduce que si el pronóstico fetal es peor que en el parto vaginal, no se debe a que la cesárea sea una operación lesiva, sino que se realiza frecuentemente en los fetos enfermos de gravedad, y no siempre conseguimos salvarles la vida. 14, 15, 16, 31, 35.

## MATERIAL Y METODOS.

Cuando se realiza la operación cesaréa tiene implicaciones muy importantes, y es por eso que se ha querido analizar la experiencia al respecto en nuestro Hospital.

Se revisaron 630 casos de operación Cesarea, atendidos en el servicio de Ginecología y Obstetricia uel HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ QUINTEREZ" del INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, en un lapso de un año comprendido de Diciembre de 1985 a Noviembre de 1986 mismo en el que se atendieron 2,645 nacimientos siendo el total de nacimientos por Cesarea 630, lo que arroja un índice del 23.73%.

En cada caso se estudio: Edad, gesta, paridad, semanas de gestación, indicación, anestesia utilizada, así como sexo de los productos.

R E S U L T A D O S :

C U A D R O 1:

En el cuadro 1 se muestra la edad de las pacientes, ocupando la mayor incidencia las edades entre los 25 a 29 años de edad lo que arrojó un porcentaje del 36.03 por ciento, continuando con las edades de 20 a 24 años de edad, 30 a 34, 35 a 39 y por último de 40 a más dando un índice de 1.74 por ciento.

GRUPO DE EDAD	TOTAL	POR CIENTO
15 o menos de 19 años	38	6.03
20 a 24 años.	168	26.66
25 a 29 años.	227	36.03
30 a 34 años.	130	20.63
35 a 39 años.	56	8.88
40 años o más.	11	1.74
T O T A L :	630	100.00

C U A D R O 2:  
ANTECEDENTES DE CESAREAS ANTERIORES.

	T O T A L	P O R C I E N T O
NINGUNA	336	53.33
1 ANTERIOR	203	32.22
2 ANTERIORES	86	13.65
3 ANTERIORES	2	0.31
4 o más anteriores.	3	0.47

C U A D R O 3:

En el cuadro 3 se hace mención y se hace referencia a las semanas de gestación. Ocupando el primer lugar las de 40 semanas, dando un índice del 29.36 por ciento y ocupando el último sitio la correspondiente a 33 semanas con un porcentaje del 0.63.

SEMANAS DE GESTACION	# DE CASOS	POR CIENTO
32 o menos	15	2.38
33	4	0.63
34	7	1.11
35	3	0.47
36	18	2.85
37	53	8.41
38	94	14.92
39	131	20.79
40	185	29.36
41	54	8.57
42	47	7.46
43 o más.	19	3.01

C U A D R O 4:

En el cuadro 4 se hace mención a las indicaciones, en las que se encuentran englobadas tanto las maternas, fetales como las mixtas. Encontrando que la cesarea anterior ocupó el mayor número de indicación con un total de 190 y un porcentaje de 30.15, la que menor frecuencia presentó fue D.P.P.N.I. con un reporte de 4 casos arrojando un porcentaje de 0.63.

<u>MATERNAS</u>	# DE CASOS	POR CIENTO
Toxemia	22	3.49
Cesarea anterior	190	30.15
Dilatación Est.	50	7.93
DPPNI	4	0.63
Placenta Previa	11	1.74
 <u>FETALES</u>		
Genelaridad	9	1.47
Sufrimiento fetal agudo	84	13.33
Presentaciones anormales	62	9.84
 <u>MIXTAS</u>		
Ruptura prematura de membranas	39	6.19
Desproporción cefalopelvica	159	25.23

C U A D R O 5:

En el cuadro 5 se menciona el tipo de anestesia utilizada encontrando el mayor número, para el BPD con un total de 609 casos y un porcentaje de 96.68 y en menor frecuencia la utilización de BPD más anestesia general con un total de 9 casos y un por ciento de 1.42.

ANESTESIA	CASOS	POR CIENTO
BPD	609	96.68
BPD más General	9	1.42
General	12	1.90

C U A D R O 6:

En este cuadro se menciona el peso de los productos.

P E S O	CASOS	FOR CIENTO
1,000-1,499	8	1.25
1,500-1,999	16	2.50
2,000-2,499	51	7.98
2,500-2,999	167	26.13
3,000-3,499	247	38.65
3,500-3,999	119	18.62
4,000 o más	31	4.85
Total	639	

Haciendo notar que se reportan 639 productos, por los embarazos generales.

C U A D R O 7:

En este cuadro se hace referencia al APGAR obtenido a los 5 minutos.

AFGAR a los 5 Minutos.	CASOS	POR CIENTO
5 o menos	28	4.34
6	5	0.75
7	52	8.13
8	194	30.35
9	358	56.02
10	10	1.56
T o t a l	639	100.00

C U A D R O 8:

Se menciona el sexo de los productos reportandose a esta serie un total de 322 productos de sexo masculino con un porcentaje de 50.40, y 317 productos femeninos con un por ciento de 49.60.

SEXO	CASOS	POR CIENTO
Masculino	322	50.40
Femenino	317	49.60
Total	639	100.00

## COMENTARIO .

En cuanto a la edad de nuestras pacientes, cabe señalar la distribución máxima en la época de mayor fertilidad, en doce casos de adolescentes se les practicó una cesárea iterativa, estadística baja en relación con cifras reportadas por otros autores, 8.19.

El antecedente de una cesárea en 55.2 por ciento de los casos, motivó la repetición de la misma, por estar presente la indicación que condicionó la primera cesárea. 8. 16, 20. No es despreciable el número de casos con dos y tres cesáreas anteriores (44.2 por ciento) y si es loable la poca frecuencia de pacientes con cuatro o más cesáreas. 11, 13, 19, 21, 23, lo que habla en favor de una prevención de la morbimortalidad materno fetal y del buen eco de las campañas de planificación familiar. 2, 9, 10, 16, 19.

Clásicamente se considera la edad gestacional para programar una cesárea iterativa alrededor de la semana 38, si no se presenta ninguna complicación que amerite la intervención antes de la fecha señalada. 8, 17, 19. Es de notar, que algunas pacientes con gestación de 33 semanas y de 41 semanas de gestación no estaban siendo controladas en nuestro servicio y se presentaron como emergencia en franco trabajo de parto esto habla en favor de una falta de información y educación médica de las pacientes, en el primer caso y en el segundo fué

lo que condicionó que la interrupción del embarazo no se programará antes. Cabe mencionar que el axioma vertido por Craig en 1916, cesárea siempre es igual a cesárea, en nuestro medio, sólo se observa cuando existe recurrencia en la patología o existe otra indicación que la condicione. 1, 3, 5, 7, 8, 13, 14, 18, 20.

Por lo que respecta a las indicaciones Maternas, el antecedente de una o más cesáreas, la toxemia y la dilatación estacionaria fueron las principales causas que indicaron la extracción suprapúbica. 5, 7, 10, 14, 19, 22, 28, 41, 45.

En cuanto al feto, el sufrimiento fetal agudo y crónico así como las presentaciones anormales fueron las principales indicaciones.

Dentro de las indicaciones materno fetales o mixtas, la desproporción feto pélvica y la ruptura de membranas motivaron la cesárea de repetición o fue la indicación de la primera.

Por lo que respecta a la anestesia utilizada en nuestro hospital fue la mundialmente aceptada, la del bloqueo peridural, ya que es un método eficaz para abolir el dolor durante la operación cesárea. Cuando se emplean racionalmente los anestésicos locales, esto es, el agente iúdico en concentración volumen y momento exacto no surgiran efectos en el feto o si aparecen son mínimos. Por tal razón, el alivio del alivio puede aminorar el estrés de la madre y ocasionar hipoxia y acido-

sis menores en el feto. 22. A veces por falla de este procedimiento se recurrió con lamentarlo con anestesia general.

La técnica de la Histerotomía que se siguió como norma en el servicio es la municipalmente aceptada. La cesárea segmentaria tipo Kerr y sólo en algunos casos específicos se realizó segmento corporal y corporal. 48, 49, 50, 51.

En tres casos se realizó cesárea histerectomía, en dos de ellos debido a que la causa desencadenante y lo que motivó la realización fué debido a acretismo placentario, y en un caso por presentar desgarros de las comisuras. 48, 49, 52.

En ochenta y cinco casos se realizó fimbriectomía conjuntamente, como medida de planificación familiar, lo que hoy día es mucho más frecuente. 9, 12, 15, 16.

En cuanto al estado del producto al nacer el 56.02 por ciento de la calificación de Apgar a los 5 minutos fué de 9, hecho lógico ya que en algunas pacientes se trataba de cirugía programada, y en otras del control prenatal realizado en algunas de las pacientes, en nuestro hospital.

La morbilidad materna, vale la pena consignar de que en esta serie afortunadamente no se presentaron muertes maternas.

No puede constituir tema de discusión la reducción de los índices de morbi-mortalidad materno fetal en la operación cesárea. 24, 25, 26, 27, 30. Y mucho menos el incremento de este

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 29 -

procedimiento quirúrgico al correr de los años. 28, 30, varios constituyen los factores que han intervenido en este fenómeno tan aparente; entre ellos destacan los adelantos en las técnicas quirúrgicas, procedimientos anestésicos, antibióticos y organización de centros hospitalarios especializados.

La literatura Universal confirma lo expuesto previamente, ya que en 1895 Routh., 26, reporta una mortalidad materna de 28 por ciento y en la actualidad, cada vez aparecen más reportes cuya mortalidad no sobrepasa el 0.5 por ciento. 29, 30.

Dado el bajo índice de mortalidad los estudios estadísticos al respecto acolecen del factor número de casos y aquellos cuyo material es suficiente, 26, 27, 30., son en general recopilaciones de varios centros hospitalarios, con grupos heterogéneos de pacientes y criterios obstétricos variables o bien el periodo de estudio muy prolongado.

BIBLIOGRAFIA.

- 1- Allen, H.A. Multiple repeat cesarean section.  
Obstet. Gynecol. Brit Comm. 72:193, 1965
- 2- Alfaro de la Vega G: 15 años de la operación cesárea en el Hospital General de la S. S. A. de México. Ginec. Obstet. Mex. 7:111. 1952
- 3- Beer, Wilma. Cesárea Iterativa. Reporte de 1000 casos  
Gineco. Obstet. Mex. 30:117. 1975
- 4- Benson, R.J. Fetal compromise during elective cesarean section - a report from the collaborative project.  
Am. J. Obstet. Gynecol. 91:645. 1965
- 5- Boyd, J.M. Cesarean section and associated surgery  
Obst. and Gynec. 24: 523. 1964
- 6- Cerviño Cortés. Análisis: Parto Vélvico Vs Cesárea y estado de los productos al nacer. Tesis de post grado, Centro Hospitalario 20 de Noviembre ISSS de México 1979
- 7- Dillon, G. J. 15 year from multiple cesarean section  
Obstet. and Gynecol. 28:684. 1968
- 8- García Luna Antonio H. Manejo de la paciente Obstétrica con intubación de una cesárea. Gineco y Obstet. Mex. 45: 223, 1979
- 9- Craen, S.L. y Sedbury, T.A.M.K. Risk factors associated with cesarean section, fetal morbidity  
Obste. and Gynecol. 49:676. 1977
- 10- Córdova Pinola Rodolfo: Cesárea Histerectomía. Tesis de post grado centro Hospitalario 20 de Noviembre ISSS de México 1978
- 11- Hally, G.S. Cesarean Section Am. J. Obstet. and Gynecol. 75:395  
1968
- 12- Kennedy, W.F. Cardiovascular and respiratory effects Subarachnoid block in the presence of acute blood loss Anesthesiology 29:57 1968
- 13- Kitchen, D. y Leiwards, R.S. Hazards of multiple cesarean section practitioner 220:786. 1978

- 14- Pagano, G. X. Sianone Afronti, G: Multiple dystocic associations and Indications for Cesarean section in the Obstetrical clinic. The University of Perugia in the five years Minerva Syt, 30:11. 1979
- 15- Ruiz Velazco V: La operación cesárea. La prensa médica mexicana 1971
- 16- Ruiz Velazco V: La operación cesárea en nuestro medio Gineco. Obstet. Mex. 42:177, 1974
- 17- Ruiz Velazco V.: 50 casos de cesárea corporal Gineco. Obstet. Mex. 27:527, 1970
- 18- Saldaña, L.R. y Shulman H: Management of pregnancy after cesarean section A.M.J. Obstet. Gynecol. 134:506, 1979
- 19- Santos Martínez Augusto: Cesárea Iterativa programada Gineco. Obstet. Mex. 40:240, 1976
- 20- Satman, B.: Rupture of low segment cesarean section J. Obstet Gynecol. 23:460, 1960
- 21- Seftien, J.M. y Gro., L.R. Operación Cesárea en múltiples. Gineco. Obstet. Mex. 26:717, 1979
- 22- Lloy, F. Redick. Clínicas de Perinatología. Volumen L 1982
- 23- Eligio A. Pear K, Ginecología y Obstetricia, Volumen 38 año XXX No. 226 Agosto de 1975
- 24- Andrews, J.C. Nicholld, B. Richards  
Analysis of 416 consecutive cesarean sections.  
Obstet. and Gynecol. 54:791. 1974
- 25- Diddle W.A. Jenkind H.D. Anysis of fetal mortality in cesarean section experience in an Urban community  
Obstet. Gynecol. 13:967. 1963

- 26- Dieckman J.W. Cesarean section mortality  
Obstet. Gynecol. 50:28, 1945
- 27- Erhardt, L.C. Gold L.S. Cesarean section in New York City  
Obstet. Gynecol. 11:241, 1958
- 28- Ellis, J.G. Cesárea múltiple. Memorias del IV congreso de  
Gineco. Obstet. 170, 1963
- 29- Epstein, A.M. Repeat cesarean section report of 1618 cases  
Hosp. New York 30:401, 1963
- 30- Gordon, A.C. Cesarean section death. Obstet. Gynecol.  
63:285, 1952
- 31- Bell, W Blair Method of suture of suture of the uterine wound in  
cesarean section. Journal of Obstet. and Gynecol. 28, 530
- 32- Puente González Hector. Morbilidad materna post cesárea  
Gineco=Obstet. Mex. Vol. 37 año XXX No. 220 Feb. 1975
- 33- Bell, W Blair. Cesarean section. Journal of Obstet. and  
gynecol. 29, 524
- 34- Dewhurst, C.J. (1957) The ruptures cesarean section scar.  
Journal of Gynecol. and Obstet. 64, 1112-1118
- 35- Durfee, R.B. (1969) Evolution of Cesarean section.  
Clinical Obstetrics and Gynecology, 12, 3
- 36- Garrigues, H.J. Additional remarks on gastro-clystrotomy  
with special reference to Porro's operation. New York  
American Journal of Obstetrics 16, 344
- 37- Garrigues, H.J. the Improved Cesarean section. American  
Journal of Obstetrics 19, 1009-1022

- 38- Garrigues, H.J. The Improved Cesarean section with the report of a successful case. American Journal of the Medical Sciences 95, 439-456
- 39- Gilstrap, L.C. (1979). The bacterial pathogenesis of infection following cesarean section Obstetrics and Gynecology, 53, 545-549
- 40- Gordon, H.R. (1979) Prophylactic cesarean section antibiotics: maternal and neonatal morbidity before or after cord clamping. Obstetrics and gynecology 53, 151-156
- 41- Hack, M. FAVAROFF (1976) Neonatal respiratory distress following delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 126-, 43-47
- 42- Itskovitz, J. Paldi (1979) The effect of prophylactic antibiotics on febrile morbidity following cesarean section Obstetrics and Gynecology 53, 162-165
- 43- Jones, O.H. (1976) Cesarean section in present day obstetrics. American Journal of Obstetrics and Gynecology 126 521-530
- 44- Larsen, J.W. (1976) Significance of neutrophils and bacteria in amniotic fluid of patients in labor. Obstetrics and Gynecology 47, 143-147
- 45- Lewid, V. (1979) Vaginal breech delivery or cesarean section American Journal of Obstetrics and Gynecology 134, 615-618
- 46- Mann, L.I. (1979) Modern Indications for Cesarean section American Journal of Obstetrics and Gynecology, 135, 437-441
- 47- Mann, L.I. (1979) Modern management of the breech delivery American Journal of Obstetrics and Gynecology 134, 611-614

- 48- Peel, J.H. (1968) Cesarean section. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 75, 1282-1286
- 49- Sanger, M. Simplification of the technique of the cesarean section. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 19, 883-884
- 50- Sanger, M. My work in reference to the Cesarean section and operation. American Journal of Obstetrics and Gynecology 20, 593-616
- 51- Usher, R.H. (1971) Clinical implications of perinatal mortality statistics, Clinical Obstetrics and Gynecology 14, 885-925
- 52- Zalar, R.W. (1979) The influence of scalp ampling on the cesarean section rate for fetal distress. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 135, 239-246
- 53- A.S. Fetitti; (1985) Mortalidad y Morbilidad Matoman en la cesarea. Clinicas esteticas y Ginecologicas Vol. 4-1985 pag. 959-967