



11217  
39  
29

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
CENTRO MEDICO NACIONAL DEL NOROESTE  
CD. OBREGON, SONORA

**"Incidencia de la operación cesarea en el  
C. M. N. N. de Cd. Obregón, Sonora"**

## **TESIS RECEPCIONAL**

Que para obtener el Diploma de:  
ESPECIALISTA EN GINECO - OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

*Dr. Carlos Enrique Espada de La Vega*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GENERACION 1988 - 1991**



## **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

INTRODUCCION .....	1
DEFINICION .....	2
HISTORIA .....	3
FRECUENCIA .....	6
INDICACIONES .....	7
Causas Maternas .....	8
Causas Fetales .....	8
Alto Riesgo Perinatal .....	9
Parto sin Progreso .....	9
Parto Pre Término .....	9
SUFRIAMIENTO FETAL AGUDO INTRAPARTO.....	10
Cesárea Iterativa .....	10
Desproporción Céfalo-Pélvica .....	10
Cesárea Repetida .....	10
Cesárea Iterativa .....	10
Sufrimiento Fetal .....	11
Presentación Pélvica .....	11
Embarazo Gemelar .....	11
Ruptura Prematura de Membranas.....	11
Embarazo en la Adolescencia .....	12
MORBI-MORTALIDAD .....	13
TECNICA QUIRURGICA .....	15
MATERIAL Y METODOS .....	17
INDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA .....	18
VARIABLES ANALIZADAS .....	19
Edad de la Paciente .....	19
Número de Gestaciones .....	19
Tipos de Cesáreas .....	19
Tipos de Anestesia .....	20
Complicaciones Transoperatorias .....	20
Complicaciones Postoperatorias .....	20
Método de Planificación Familiar Post Cesárea .....	21
Pacientes con Control Prenatal .....	21

Relación de Nacimientos .....	21
Calificación APGAR de Recién Nacidos .....	22
Edad Gestacional en Semanas .....	22
E.I.H. y E.P.OX .....	23
Causas de Embarazo Complicado Previo a la Cesárea ..	23
Sexo de los Productos .....	23
Relación a los Pesos de los Productos .....	24
GRAFICAS .....	25
CONCLUSIONES .....	36
BIBLIOGRAFIA .....	39

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

Con el avance de la Ciencia y el pasar de los años se ha logrado asumir, grandes avances en la cirugía obstétrica, en donde se han presentado cambios, modificaciones tanto técnicos como científicos, para lograr resultados alentadores para el binomio materno-fetal.

Estos logros se deben a la obstetricia moderna de hoy en día y en forma especial a la operación cesárea.

Así pues, se ha presentado un aumento en este procedimiento, el cual es un recurso invaluable en la obstetricia, teniendose bases firmes para justificar la alta incidencia de la operación cesárea.

El cuál se puede atribuir principalmente a la mayor seguridad de la operación mediante los avances medico-científicos, con el afán del obstetra de llevar un embarazo a feliz término con el menor daño posible para el binomio materno-fetal.

Siendo responsabilidad de la formación y del buen criterio de los cirujanos obstetras el uso en el futuro de la misma intervención quirúrgica.

## DEFINICION:

El significado de la palabra cesárea, se deriva de el nacimiento de un niño mediante un corte a través de la pared abdominal, y viene del verbo latino CAEDERE que significa cortar, y a los fetos extraídos en esta forma se les llama caesones o caesares.

Se puede considerar la definición adaptada por Dexeus la cual se refiere: Mediante la Cesárea abdominal el feto se extrae a través de una abertura practicada en la pared uterina, a la que se llega previa incisión de las cubiertas abdominales.

Lo importante de la intervención consiste en la incisión del útero (histerotomía); por tanto, no se refiere a la extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de ruptura del útero o de embarazo extrauterino.

Aunque el origen verdadero del termino con que se denomina esta operación es todavía oscuro, su nominación ha prevalecido hasta nuestros días en casi todos los idiomas; Cesárea en Español, Cesarean Section en Ingles, Operation Cesariane en Frances, Operacao Cesareana en Portugues, Operatio Cesarea en Sueco, Cesarkiego en Polaco, Taglio Cesareo en Italiano, Kaiserchnitt (Kaiser; Emperador, Cesar y Schnitt; Corte) en Alemán etc...

## HISTORIA:

La operación cesárea, probablemente la más antigua de las cirugías ha evolucionado y pasado por múltiples ensayos a través de la historia del hombre, perfeccionándose día con día, al grado que la conocemos actualmente.

El origen histórico de la denominación es obscuro, en el siglo VIII(a.d.c.) Numa Pompilio decreta una Ley romana donde se ordena se practique una operación cesárea en mujeres fallecidas en los últimos meses del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Denominándose Lex Regia y más adelante bajo los emperadores, Lex Cesarea.

En la edad media y hasta la segunda mitad del siglo XIX, este período está ampliamente referido en la monografía de Gall. La operación Cesárea comienza a practicarse también en mujeres vivas, el riesgo corrido era enorme, no se conocían las suturas y la muerte por hemorragia o infección era inevitable. En 1500 el castrador de cerdos el alemán Jacob Nufes realiza al parecer la primera intervención en mujer viva, publicado 100 años después.

En 1581 se recomienda por primera vez la cesárea en vivo, en el celebre trabajo de Francois Rousset, titulado "Traite Operation Cesariane".

Entre 1800 y 1870 Gueniot recopila los resultados de 40 operaciones en París encontrando que ninguna paciente sobrevivió. Este período corresponde, al empleo por primera vez de las suturas y las primeras tentativas de la operación sobre el segmento inferior y por vía extraperitoneal. Siendo Frank el primero en describirla, modificandola después Latzko, Sellheim y Waters.

En 1926 Kerr prefiere que la incisión fuera transversal en lugar de longitudinal. Siendo en la actualidad la técnica más empleada.

En México la operación cesárea ha evolucionado de la siguiente forma; En 1772 Fray Jose Manuel Rodriguez en la Nueva España escribe la obra "La caridad del Sacerdote para con los niños encerrados en el vientre de sus madres difuntas". En ese mismo año el virrey Don Fray Maria de Bucareli y Ursúa, dicta la orden el 21 de Nov., que en todos los lugares del virreinato se hiciera la cesarea postmortem. En 1779 29 de Mayo la Gaceta de México habla de la primera operación cesarea que se realizó en el Nuevo Mundo en la "Mision de Santa Clara en la Nueva California" en una india preñada de ocho meses, el niño solo sobrevivió 7 horas a la operación.

En 1850 en el Hospital de San Pablo hoy Hospital Juárez se realiza la primera operación cesárea con éxito publicada en México por el Dr. Miguel Jimenez en una embarazada que cursaba con 8 meses de embarazo y curso con una cornada en el vientre. En 1904 el Dr. Zarraga en el hospital Juárez realiza la primera Cesárea Histerectomia, ya no con el sistema de "Porro", sino desinsertandolo de la vagina, publicandose en nuestro país lograndose la supervivencia del producto y de la madre.

En 1910 IV congreso Nacional en su sección X dedica a obstetricia y ginecología; Habla de cuatro indicaciones y técnica de la operación cesarea. En 1913 el Dr. Adalberto Lara describe la operación cesárea corporal.

En el año de 1926 en el Hospital Juárez se lleva a cabo por primera vez la operación cesárea segmentaria transperitoneal.

Siendo muy apasionante el tema donde la historia nos demuestra su evolución, hasta épocas actuales se continúa escribiendo renglones de este tema.

## FRECUENCIA:

En los últimos 20 años, se han incrementado el número de partos por cesárea, el cual se ha ido incrementando de un 5% de todos los partos en 1965, en 1978 era de un 15%. En Estados Unidos en 1981 el índice de natalidad por cesárea era de un 17.9% hasta un 20%. En México el incremento ha alcanzado hasta un 36% en las épocas actuales ya que existe un cambio de actitud, antiguamente la atención se concentraba en la madre y el trabajo de parto, en la actualidad la mayor atención se ha enfocado al bienestar fetal, del neonato y materno.

El aumento en la operación cesárea se registra tanto en las primarias como en las de repetición. La frecuencia con la que se practica la cesárea es muy variada según se trate del tipo de hospital en que se practique el estudio, así en hospitales de concentración las tasas pueden llegar a incrementarse hasta un 35% por los casos problemas que se tratan, en hospitales en los cuales reciben todo tipo de población la tasa puede oscilar en un 25%, así como en hospitales donde se opera solo lo necesario y se mandan los problemas a hospitales de concentración la cifra baja de un 15 a un 10%.

Actualmente es tema de preocupación el índice creciente de las operaciones cesáreas.

## INDICACIONES:-

Paralelamente a la frecuencia, las indicaciones de la operación cesárea han aumentado significativamente hasta el punto que hoy en día existen algunas indicaciones no médicas; llamadas electivas, siendo las que se realizan a petición de la embarazada sin que exista alguna indicación obstétrica que obligue a ella.

Se han clasificado las indicaciones en maternas y fetales o mixtas, y en causas absolutas y relativas.

Así como toda intervención quirúrgica es necesario conocer sus indicaciones, contraindicaciones y técnicas.

Se consideran indicaciones absolutas:

- Desproporción Feto Pélvica.
- Tercera cesárea.
- Situación transversa.
- DFPNI.
- Placenta previa.
- Distocia dinámica.
- Inminencia de ruptura uterina.

Indicaciones Relativas:

- Período Expulsivo Prolongado.
- Presentación Pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Toxemia Severa.
- Primigesta añosa.
- RPM.

#### CAUSAS MATERNAS:

- Cesárea Iterativa.
- Distocia ósea.
- Distocia de contracción.
- Distocia de partes blandas.
- Sangrado (Placenta previa, D.P.F.N.I.)
- Enf., generales (Diabetes, Isoinmunización, Toxemia, Nefropatías, Neoplasias, Neumopatías).
- Otras (Postmorten, Primigesta añosa, Esterilización, operaciones ginecológicas previas, producto valioso, Condilomatosis, Inf vaginales herpéticas).

#### CAUSAS FETALES:

- Sufrimiento Fetal Agudo.
- Situaciones Anómalas.
- Prolapso de cordón.
- Vicios de presentación: Pélvica, de frente y de cara.
- Malformaciones fetales.
- Embarazo múltiple.
- Brevedad de cordón.
- Otras (Isoinmunización, retardo en el crecimiento, muerte habitual in utero, embarazo prolongado).

En la mayoría de los hospitales, existe un consenso en cuanto a las indicaciones de cesárea y las cuales se han modificado en casos especiales.

**ALTO RIESGO PERINATAL:**

- Embarazo en adolescente.
- Embarazo en Primigesta añosa.
- Cirugía sobre útero.
- Toxemia severa.
- Baja reserva fetal.
- Posiciones fetales anormales.
- Placenta previa y D.P.P.N.I.

**PARTO SIN PROGRESO:**

- Desproporción cefalo-pélvica.
- Dilatación Estacionaria.
- Distocia dinámica.

**PARTO PELVICO:**

- De termino.
- Pre termino.

**PARTO PRE TERMINO:**

- Con ruptura prematura de membranas.
- Posiciones fetales anormales.
- Alto riesgo fetal.
- Alto riesgo materno.

## SUFRIMIENTO FETAL AGUDO INTRAPARTO.

**CESAREA ITERATIVA:** En el C.M.N.N. el servicio de gineco-obstetricia se tiene normada estrictamente las indicaciones de la operación cesárea, por lo que mencionaré las causas más frecuentes encontradas:

**DESpropORCION CEFALO-PELVICA:** Constituye un problema obstétrico difícil y complejo de manejo cuidadoso y cuya correcta solución pone a prueba la competencia, habilidad y experiencia del obstetra. La distocia ésea comprende una gama de variantes en la conformación de la pelvis materna que impida el paso normal del producto, pero lo más frecuente es que se encuentre una combinación de pelvis reducida con producto grande. El abuso del diagnóstico, puramente clínico así como el abandono absoluto de la prueba de trabajo de parto son dos factores que ocasionan el incremento de la operación cesárea, en nuestro hospital se tienen porcentajes variables entre 35% y un 40% de cesáreas efectuadas por esta indicación.

**CESAREA REPETIDA:** Es aquella que se practica en una mujer que tiene el antecedente de una cesárea. La indicación de la cesárea puede ser diferente a la indicación de la cesárea previa.

**CESAREA ITERATIVA:** Es la que se practica cuando hay el antecedente de dos o más cesáreas, ultimamente se ha incrementado para ocupar uno de los cuatro primeros lugares en su indicación.

**SUFIMIENTO FETAL:** Origina entre el 15% aproximadamente de los nacimientos por cesárea, la hipoxia y la acidosis transparto son quizá causa menos frecuente de lesiones neurológicas del feto de lo que antes se pensaba; sin embargo puede conducir a muerte transparto o neonatal, por sufrimiento respiratorio y lesión neurológica posterior como parálisis cerebral. De ahí la necesidad de realizar una cesárea ante un sufrimiento fetal.

**PRESENTACION PELVICA:** Se reconoce que la presentación pélvica es un riesgo mayor durante el parto vaginal en comparación con el feto en presentación cefálica. Se ha relacionado con el atoramiento de la cabeza, mayor probabilidad de prolapso de cordón umbilical y un aumento en el riesgo de asfixia, por lo que se ha preferido el parto abdominal por los obstetras.

**EMBARAZO GEMELAR:** Los partos gemelares prematuros constituyen una sexta parte de todos los nacimientos prematuros. Algunos autores han presentado datos que el parto abdominal es benéfico para los nacimientos de gemelos prematuros. Así como la presentación del segundo producto el cual pudiese presentar una situación anómala.

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** La importancia que la RPM tiene para el bienestar materno fetal se manifiesta en los altos índices de prematuridad e infección perinatal, así como en la morbilidad materna por el incremento en la cirugía obstétrica y la consecutiva a procesos sépticos. Este tema siempre ha sido controvertido y la conducta tiende a individualizarse teniendo en cuenta la sospecha de corioamniotitis, la edad del embarazo, la madurez pulmonar espontánea o inducida y las condiciones obstétricas existentes.

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:** Recientemente se ha tomado como embarazo de alto riesgo el de la adolescente, ya que lleva mayores riesgos tanto para la futura madre como para el producto de la gestación. Como es la Hipertensión inducida por el embarazo y la desproporción cefalopelvica son las complicaciones que ocurren con mas frecuencia. De acuerdo al enfoque actual de la Obstetricia y perinatología, los avances en monitorización fetal se han incrementado en forma general, los indices de operación cesarea de 8 a 15% de las primigestas por estas causas.

## MORBI-MORTALIDAD.

El riesgo de la operación cesárea a fines del siglo pasado, hizo que este método de nacimiento fuera el último recurso. Se cree que a fines del siglo XIX la mortalidad materna era de un 75% o más. La morbilidad en las primeras supervivientes de cesárea debe haber sido considerable, pero no hay registros de tipos de morbilidad y frecuencia.

El uso de la asepsia y la anestesia, así como mejoras en las técnicas quirúrgicas redujeron espectacularmente la morbi-mortalidad materna después de la cesárea.

William en 1921 comunica un índice de mortalidad de 5.5% en el hospital Johns Hopkins, posteriormente entre 1930-1940 varían de 800 a 2500 por 100,000 y a fines de 1950 era de 300 por 100,000 intervenciones. Las principales causas de muerte atribuibles a la cesárea eran infecciosas, embolia pulmonar, anestesia. En 1976-78 en Gran Bretaña la causa principal de muerte fue la anestesia, presentándose en iguales proporciones, septicemia hemorragia y embolia pulmonar.

En el siglo XX, la hemorragia, septicemia, embolia pulmonar y anestesia han sido las causas principales de muerte posterior a cesárea. Actualmente la mortalidad materna durante la cesárea es prácticamente nula ya que no depende directamente del acto quirúrgico en sí.

Se estima en un 0.4% y depende fundamentalmente a factores como la anestesia, transfusión de sangre incompatible, reacciones anafilácticas farmacológicas, malas condiciones maternas en el momento de realizar la cesárea y la distocia o enfermedad que motivaron la cesárea. En hospitales de concentración la morbilidad es mucho mayor, cerca de un 20% y consiste por orden de

frecuencia en : Infección de la herida quirúrgica con o sin dehiscencia, endometritis, fiebre de origen no determinada, íleo paralítico, pelviperitonitis, hematoma del ligamento ancho etc...

## TECNICA QUIRURGICA:

La técnica quirúrgica de la cesárea ha evolucionado con el tiempo y existen técnicas que ya no se utilizan como la extraperitoneal que consiste en realizar la operación cesárea sin abrir el peritoneo parietal, deslizando por el espacio útero-vesical hasta dejar al descubierto la pared anterior del útero, la cual se utilizó sobre todo en los procesos infecciosos, y se dejó de realizar por ofrecer pocos beneficios, ser más difícil su realización y requerir de un mayor tiempo quirúrgico.

Hablaremos de las técnicas transperitoneales que son usadas actualmente, en ellas llegamos al útero a través de la cavidad peritoneal incidiendo el peritoneo parietal. Se han descrito 5 tipos:

- Segmentaria vertical.
- Segmentaria transversa recta.
- Segmentaria transversa arciforme.
- Corporal.
- Segmento corporal.

De estas las más usadas son las segmentarias transversas sobre todo la arciforme de concavidad superior.

La cesárea debe ser encaminada a salvaguardar la vida de la madre y del feto, conservar y restituir al máximo la integridad de los tejidos.

La técnica de la cesárea segmentaria tipo Kerr es la siguiente:

- Previa anestesia, asepsia y antisepsia, así como sondeo vesical, colocación de campos estériles.
- Se practica celiotomía en forma vertical o transversa.
- Corte de la aponeurosis de los rectos anteriores y separación de los mismos en la línea media.

- Separación de la grasa preperitoneal y se abre la cavidad abdominal.
- Se aísla el útero con una compresa única para evitar el paso de sangre, líquido amniótico a la cavidad abdominal y para rechazar asas intestinales.
- Se insinde el peritoneo visceral en la unión vesico-uterino en forma transversa, disecandose hacia arriba y abajo (esta maniobra aleja el borde vesical).
- Se abre la pared uterina(histerotomía) a nivel del segmento y se insinde en forma transversal con bisturí tijeras o ampliando la histerotomía con los dedos, eso a criterio de cirujano.
- Apertura del saco amniótico.
- Extracción del producto, se pinza el cordón umbilical y se entrega el producto.
- Se extrae la placenta y se revisa la cavidad uterina hasta estar seguros de no dejar restos placentarios ni de membranas.
- Se realiza la histerorrafia que debe ser en dos planos. El primero el muscular con un surjete anclado o con puntos separados con cromico catgut #1. El segundo plano debe abarcar la fascia periuterina con surjete invaginante con cromico del 1. Se verifica la hemostasia y se realiza peritonización con cromico catgut 00 con surjete continuo.
- Se extrae la compresa única, se hace limpieza de la cavidad peritoneal y se visualizan los anexos, así mismo se solicita la cuenta de gasas y compresas y se inicia el cierre de la pared abdominal por planos.
- Una vez cerrada la pared abdominal se comprueba que el útero este bien contraído y generalmente hacemos compresión sobre el fondo uterino para facilitar la salida de coágulos y así cerciorarnos de la permeabilidad cervical.
- Los cuidados postoperatorios van encaminados a la recuperación anestésica y posteriormente al mantenimiento de un buen balance hídrico.

## MATERIAL Y METODOS:

Se practicó un estudio retrospectivo, en 503 pacientes que fueron sometidas a operación cesárea, en el Hospital de ginecología y Obstetricia del Centro Medico Nacional del Noroeste del IMSS, en el periodo que comprendió del 1ro. de Julio de 1990 al 30 Septiembre de 1990.

Donde se elaboró un protocolo el cual incluía un apuntador para la recolección de datos y se tomaron en cuenta variables maternas y fetales, así como criterios, de exclusión:

En la madre las variables fueron; edad, ant., obstétricos, indicación de la operación cesárea, diagnóstico postoperatorio, complicaciones trans y postquirúrgicas, metodo de planificación, estancia hospitalaria y si llevo control prenatal.

Del recién nacido se tomara si nace vivo o muerto, sexo, apgar, peso, liquido amniotico, semanas de gestación.

Como criterio de exclusión fueron aquellas pacientes en las cuales no se pudo encontrar los expedientes o que estuviesen incompletos.

INDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA:

De los 503 expedientes, se excluyeron 186 por los criterios ya antes mencionados y se analizaron 317 encontrando los siguientes resultados:

- DESPROPORCION CEFALO-PELVICA -----	90 CASOS
- CESAREA ITERATIVA -----	41 CASOS
- CESAREA PREVIA -----	38 CASOS
- SUFRIMIENTO FETAL AGUDO -----	42 CASOS
- PRESENTACION PELVICA -----	28 CASOS
- PREECLAMPSIA SEVERA -----	25 CASOS
- EMBARAZO GEMELAR -----	13 CASOS
- SITUACIONES ANOMALAS -----	8 CASOS
- RPM Y CERVIX DESFAVORABLE -----	8 CASOS
- EMBARAZO PROLONGADO -----	6 CASOS
- PRIMIGESTA ANOSA -----	5 CASOS
- DPFNI -----	5 CASOS
- CONDILOMATOSIS -----	3 CASOS
- DISTOCIA DE PARTES BLANDAS -----	3 CASOS
- CIRUGIAS UTERINAS -----	1 CASOS
- CIRUGIAS VAGINALES -----	1 CASOS
- CARDIOPATIAS -----	2 CASOS

#### VARIABLES ANALIZADAS:

##### - EDAD DE LA PACIENTE:

-	-	14 AÑOS=	1 PACIENTES	.3%	.3%	Acumulativo
15	-	19 AÑOS=	54 PACIENTES	17.0%	17.3%	Acumulativo
20	-	25 AÑOS=	129 PACIENTES	40.6%	57.9%	Acumulativo
26	-	30 AÑOS=	74 PACIENTES	23.3%	81.2%	Acumulativo
31	-	35 AÑOS=	39 PACIENTES	12.3%	93.5%	Acumulativo
36	-	40 AÑOS=	18 PACIENTES	5.6%	99.1%	Acumulativo
41	-	+ AÑOS=	2 PACIENTES	.6%	99.7%	Acumulativo

TOTAL 317 PACIENTES 99.7% 100.0%

##### - NUMERO DE GESTACIONES:

PRIMIGESTAS	=	103 PACIENTES	32.4%	32.4%	Acumulativo
SECUNDIGESTAS	=	88 PACIENTES	27.7%	60.1%	Acumulativo
TRIGESTAS	=	79 PACIENTES	24.9%	85.0%	Acumulativo
MULTIPARAS	=	47 PACIENTES	14.8%	99.8%	Acumulativo

TOTAL 317 PACIENTES 99.8% 100.0%

##### - TIPOS DE CESAREAS:

PRIMARIA	=	175 PACIENTES	55.2%	55.2%	Acumulativo
REPETIDA	=	98 PACIENTES	30.9%	86.1%	Acumulativo
ITERATIVA	=	44 PACIENTES	13.8%	99.9%	Acumulativo

TOTAL 317 PACIENTES 99.9% 100.0%

- TIPO DE ANESTESIA:

BLOQUEO PERIDURAL	308 PACIENTES	97.1%	97.1% Acumulativo
ANESTESIA GENERAL	9 PACIENTES	2.8%	99.9% Acumulativo
TOTAL	317 PACIENTES	99.9%	100.0%

- COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS:

PROLONGACION DE LA COMISURA	12 PACIENTES	3.7%
HEMORRAGIA	3 PACIENTES	.9%
HISTERECTOMIA-OBSTETRICA	2 PACIENTES	.6%
TOTAL	17 PACIENTES	5.3%

- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

ANEMIA POSTOPERATORIA	35 PACIENTES	11.0%
SINDROME FEBRIL	26 PACIENTES	8.2%
DEHISCENCIA DE LA HERIDA	8 PACIENTES	2.5%
ENDOMIOMETRITIS	7 PACIENTES	2.2%
TOTAL	76 PACIENTES	23.9%

- METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR POST CESARIA.

DIU	93 PACIENTES	29.3%
OTB	106 PACIENTES	33.4%
TOTAL	199 PACIENTES	62.7%

- PACIENTES CON CONTROL PRENATAL:

MAS DE 5 CONSULTAS	73 PACIENTES	23.0%
MIENOS DE 5 CONSULTAS	105 PACIENTES	33.0%
SIN CONTROL	139 PACIENTES	43.0%
TOTAL	317 PACIENTES	100.0%

- RELACION DE NACIMIENTOS:

NUMERO DE PARTOS VAGINALES	1287 PACIENTES	71.8%
NUMERO DE CESAREAS	503 PACIENTES	28.1%
TOTAL	1790 PACIENTES	100.0%

- LA CALIFICACION APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS FUE:

2	-	4	=	4 PRODUCTOS	1.2%
4	-	6	=	10 PRODUCTOS	3.0%
6	-	8	=	45 PRODUCTOS	13.6%
8	-	10	=	267 PRODUCTOS	80.9%
OBITOS			=	4 PRODUCTOS	1.2%

TOTAL 330 PRODUCTOS 100.0%

- LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS FUE LA SIGUIENTE:

-	A	29 SEMANAS	1 PACIENTES	0.3%	0.3% FC.ACUMULADA
30	A	31 SEMANAS	1 PACIENTES	0.3%	0.6% FC.ACUMULADA
32	A	33 SEMANAS	6 PACIENTES	1.8%	2.5% FC.ACUMULADA
34	A	35 SEMANAS	9 PACIENTES	2.8%	5.3% FC.ACUMULADA
36	A	37 SEMANAS	35 PACIENTES	11.4%	16.4% FC.ACUMULADA
38	A	39 SEMANAS	135 PACIENTES	42.5%	58.9% FC.ACUMULADA
40	A	42 SEMANAS	123 PACIENTES	38.8%	97.7% FC.ACUMULADA
43	A	+ SEMANAS	7 PACIENTES	2.2%	100.0% FC.ACUMULADA

TOTAL 317 PACIENTES 100.0%

Recién nacidos en los que se encontraron circular de cordón al cuello, fueron 36 productos o sea un 11.3%.

La estancia intrahospitalaria, así como los días post-quirúrgicos los enumeramos a continuación:

DIAS	E.I.H	%	E.P.QX	%
2	65 PACIENTES	20.0%	73 PACIENTES	23.0%
3	150 PACIENTES	47.3%	192 PACIENTES	60.5%
4	59 PACIENTES	18.6%	35 PACIENTES	11.0%
5	16 PACIENTES	5.0%	7 PACIENTES	2.2%
6	17 PACIENTES	5.3%	5 PACIENTES	1.5%
7 O MAS	10 PACIENTES	3.1%	5 PACIENTES	1.5%
<b>TOTAL</b>	<b>317 PACIENTES</b>	<b>100.0%</b>	<b>317 PACIENTES</b>	<b>100.0%</b>

En algunas ocasiones encontramos que existia embarazo complicado previo a la cesárea, detallaremos a continuación las causas más frecuentes:

TOXEMIA	25 PACIENTES	7.8%	7.8% FC.ACUMULADA
EMBARAZO PROLONGADO	6 PACIENTES	1.8%	9.7% FC.ACUMULADA
PLACENTA PREVIA	2 PACIENTES	.6%	10.4% FC.ACUMULADA
CARDIOPATAS	2 PACIENTES	.6%	11.0% FC.ACUMULADA
DIABETES MELLITUS	2 PACIENTES	.6%	11.6% FC.ACUMULADA
NEFROPATA	1 PACIENTES	.3%	11.9% FC.ACUMULADA
<b>TOTAL</b>	<b>38 PACIENTES</b>		<b>11.9%</b>

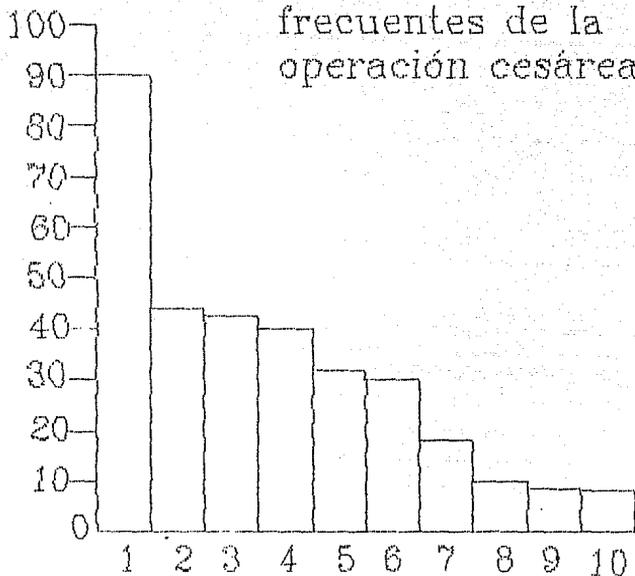
El sexo de los productos fueron los siguientes:

- RECIEN NACIDO MASCULINO	153	46.3%
- RECIEN NACIDO FEMENINO	177	53.6%
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>100.0%</b>

En relación a los pesos de los productos fué:

-MENOS	DE	2000	13 PRODUCTOS	3.9%	3.9%	FC.ACUMULADA
- 2001	A	2500	21 PRODUCTOS	6.3%	10.3%	FC.ACUMULADA
- 2501	A	3000	64 PRODUCTOS	19.3%	29.6%	FC.ACUMULADA
- 3001	A	3500	119 PRODUCTOS	36.0%	65.7%	FC.ACUMULADA
- 3501	A	4000	84 PRODUCTOS	25.4%	91.2%	FC.ACUMULADA
- 4001	A	4200	16 PRODUCTOS	4.8%	96.0%	FC.ACUMULADA
- 4201	O MAS		13 PRODUCTOS	3.9%	100.0%	FC.ACUMULADA
<b>TOTAL</b>			<b>330 PRODUCTOS</b>		<b>100.0%</b>	

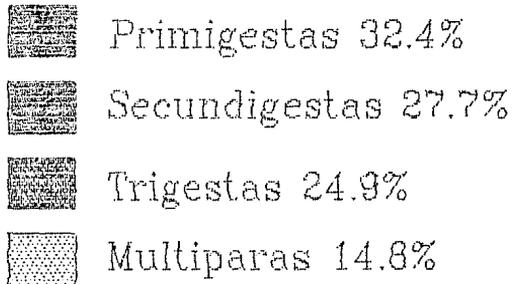
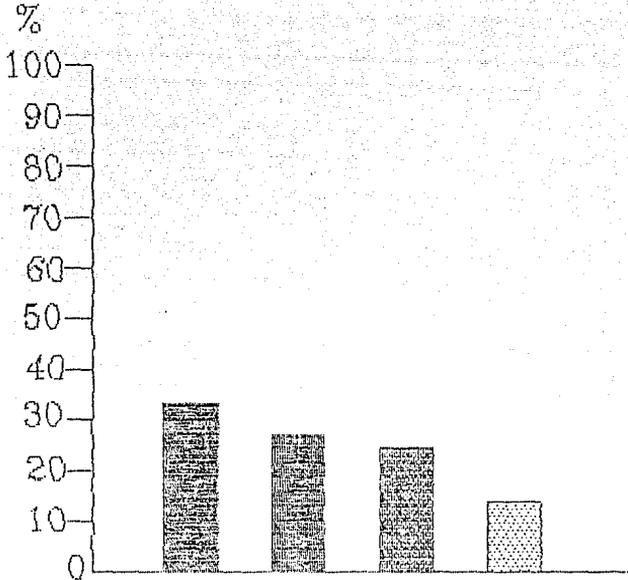
No. de Casos



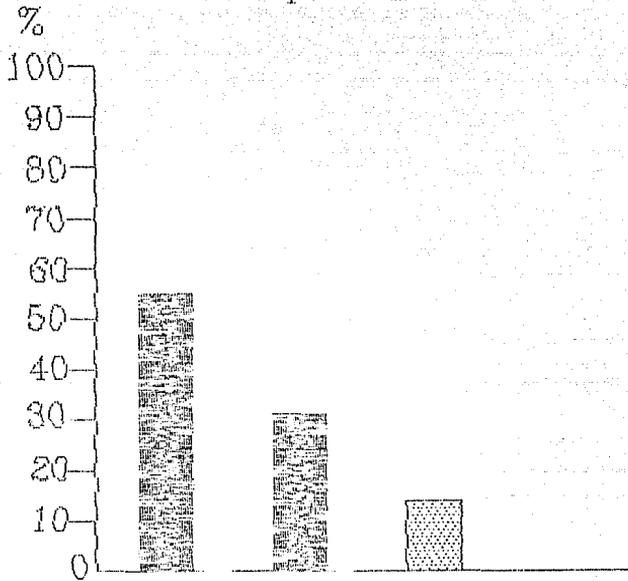
Indicaciones más  
frecuentes de la  
operación cesárea.

- 1.-Desproporción Céfalo-Pélvica.
- 2.-Sufrimiento Fetal Agudo.
- 3.-Cesárea Iterativa.
- 4.-Cesárea Previa.
- 5.-Presentación Pélvica.
- 6.-Enfermedad Hipertensiva en el embarazo.
- 7.-Embarazo Gemelar.
- 8.-Situaciones Anómalas.
- 9.-Embarazo Prolongado.
- 10.-Primigesta Añosa.

## Numero de Gestaciones.



## Tipo de Cesárea.



Primaria 55.2%

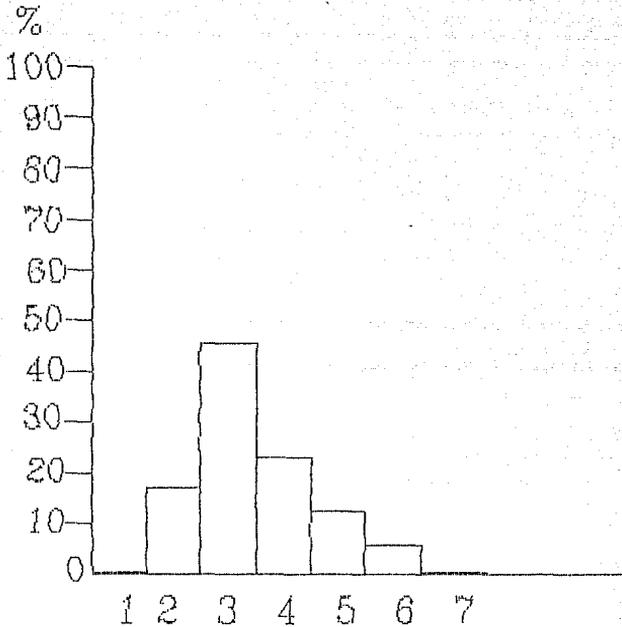


Repetida 30.9%



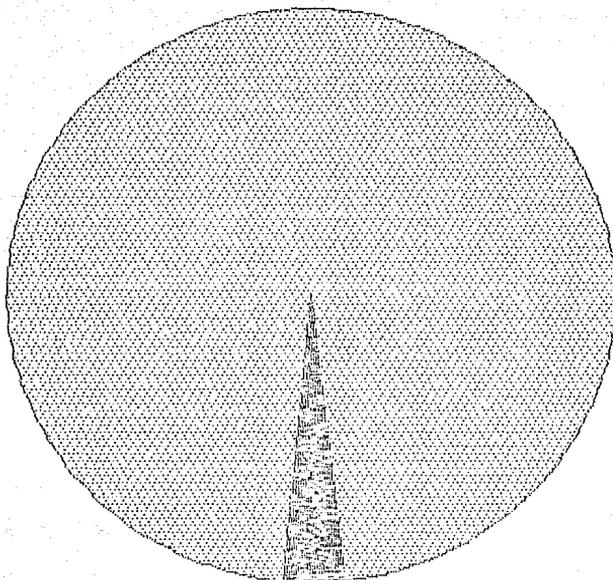
Iterativa 13.8%

## Edades de las Pacientes.



- 1.-Menos a 14 años .3%
- 2.-15 a 19 años 17%
- 3.-20 a 25 años 40.6%
- 4.-26 a 30 años 23.3%
- 5.-31 a 35 años 12.3%
- 6.-36 a 40 años 5.6%
- 7.-41 a + años .6%

## Tipo de Anestesia

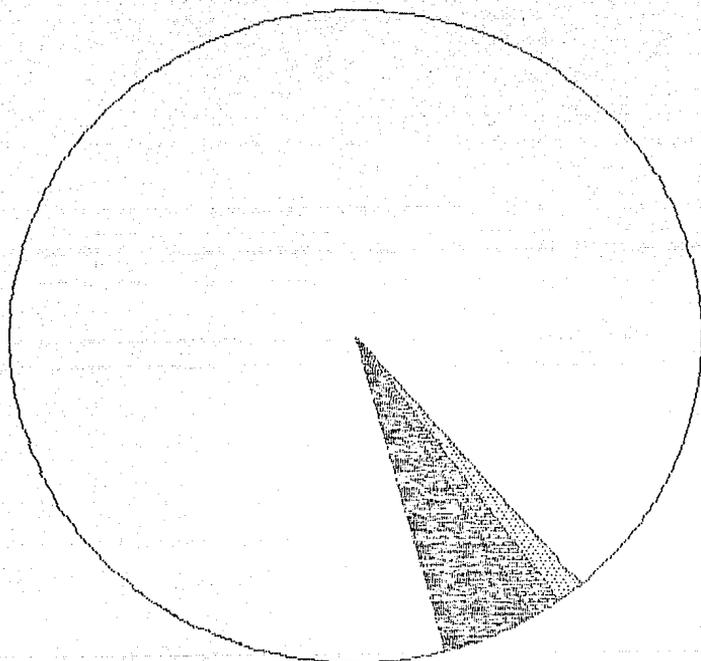


Bloqueo Peridural 97.1%



Anestesia General 2.8%

## Complicaciones Transoperatorias

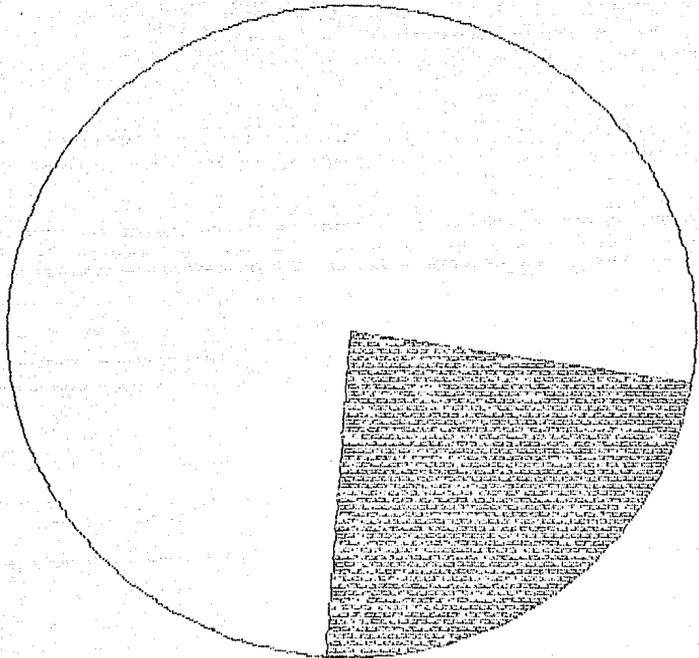


 Prolongación de la comisura 3.7%

 Hemorragia .9%

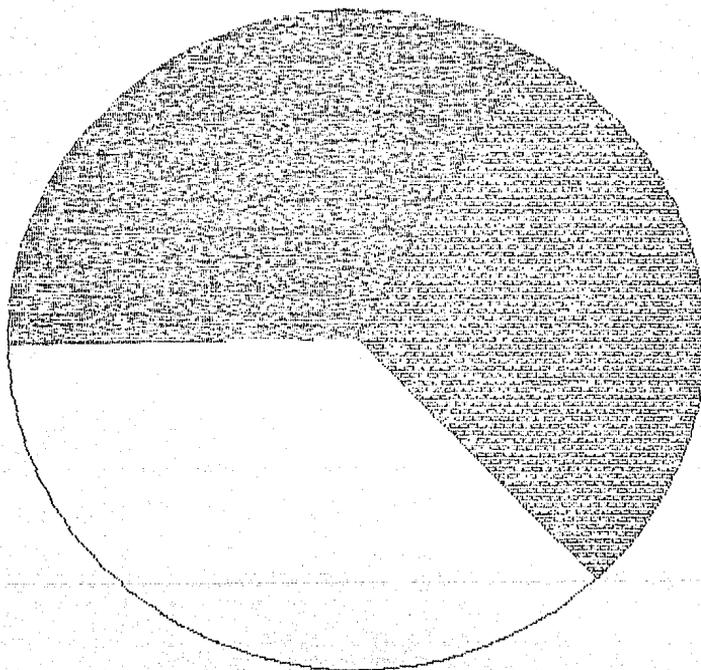
 Histerectomía Obstetrica .6%

## Complicaciones Postoperatorias



-Anemia Postoperatoria	11.0%
-Síndrome Febril	8.2%
-Dehiscencia de la Herida	2.5%
-Endometriometritis	2.2%
<b>Total</b>	<b>23.9%</b>

# Metodo de planificación familiar en el momento de la operación cesárea.



DIU (Dispositivo Intrauterino)

29.3%



OVB (Occlusion Tubaria Bilateral)

33.4%

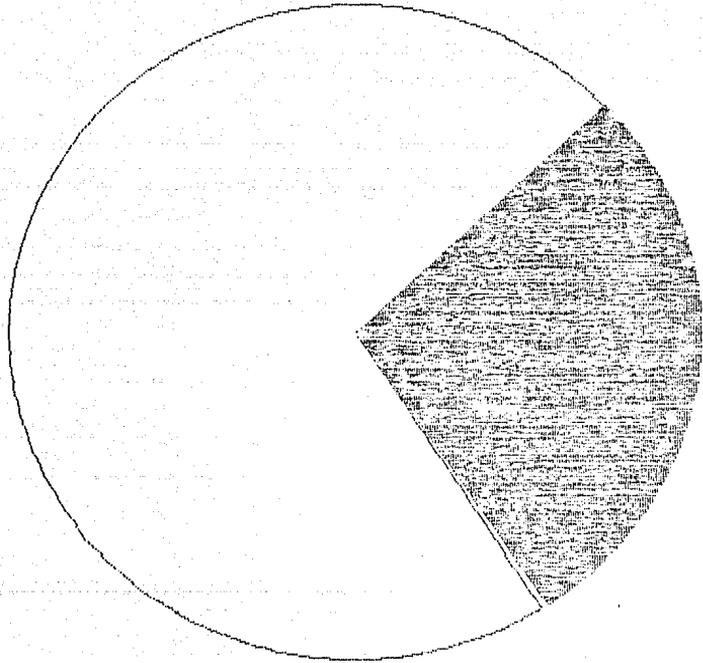


Sim Protección

37.2%



## Relación de Nacimientos.

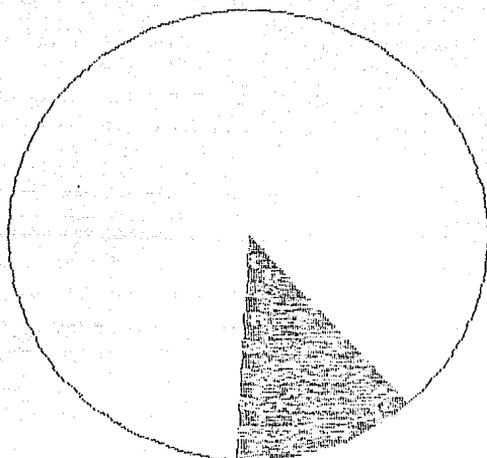


Partos Vaginales 71.8%



Cesareas 28.1%

## Embarazo Complicado.



Si 11.9%

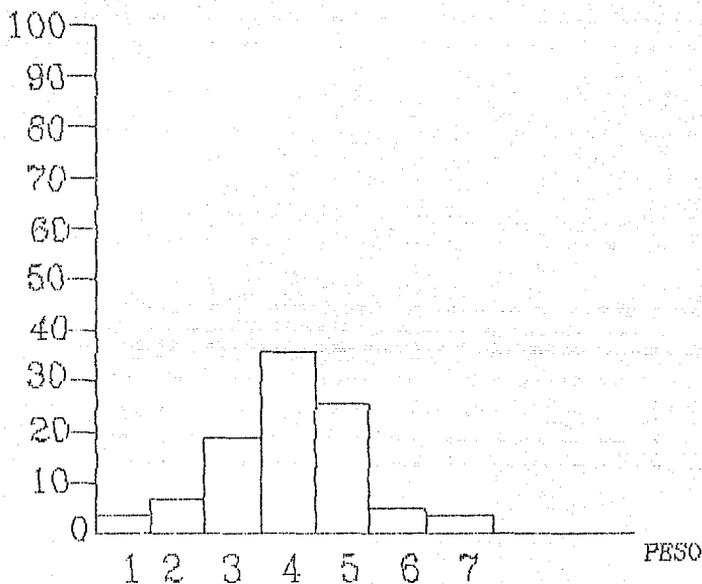


No 88.1%

- Toxemia 7.8%
- Embarazo Prolongado 1.8%
- Placenta Previa .6%
- Cardiopatas .6%
- Diabetes Mellitus .6%
- Nefrópata .3%

PRODUCTOS  
%

Relación del peso de  
los Productos.



1.-Menos de 2000	3.9%
2.-2001 - 2500	6.3%
3.-2501 - 3000	19.3%
4.-3001 - 3500	36.0%
5.-3501 - 4000	25.4%
6.-4001 - 4200	4.8%
7.-4201 - más	3.9%

## C O N C L U S I O N E S

En los últimos tiempos, la cesárea a cursado con una perspectiva diferente; la facilidad de resolución ante un parto difícil, constituye un invaluable logro de la Obstetricia moderna, sin embargo el aumento de la proporción de cesáreas es alarmante, por lo que al respecto se debe considerar:

- La cesárea debe practicarse cuando el alto riesgo ha sido considerado y cuidadosamente estudiado.

- La mortalidad materna se eleva entre 5 a 30 veces, por encima de la correspondiente al parto.

- La morbilidad materna oscila entre el 15 y 30%, siendo de 3 a 10 veces superior a la del parto.

- Existen diferencias entre la cesárea y el parto en cuanto a la morbimortalidad fetal, antojandose en términos generales favorable al parto. En la cesárea es del 21%, y en el parto del 14%; además durante la cesárea se incrementa el síndrome de insuficiencia respiratoria.

La cesárea actualmente esta enfocada a los problemas obstétricos como medio para evitar los malos resultados posibles del nacimiento. Ya que al momento de tomarse la decisión para efectuar una cesárea se toma en cuenta el beneficio materno y fetal su justificación siempre será correcta.

La cesárea ha cambiado en los últimos años de ser una intervención de necesidad a una intervención de elección, con buenos resultados maternos y con resultados fetales tambien mas alentadores.

En el presente estudio encontramos los siguientes, resultados:

En primer lugar observamos el incremento de la operación cesárea con otras épocas, estando dentro del porcentaje a nivel nacional entre un 28 a un 36%, encontrándonos con un porcentaje de un 28.1% en relación de los nacimientos por cesáreas.

La indicación principal encontrada fue la desproporción cefalo-pélvica, encontrando un 28.3% la segunda causa fue la cesárea por sufrimiento fetal en un 13.2%, y la tercera causa fue la Cesárea Iterativa con un 12.9%.

El número de gestaciones en las pacientes fué; en primigestas con un 32.4% secundigestas con un 27.7%, Trigestas con un 24.9% y las multiparas con un 14.8%.

El tipo de cesárea encontramos que la primaria un 55% la repetida un 30.9% y la iterativa con un 13%.

La anestesia más empleada fué el bloqueo peridural en un 97.1%, ya que la anestesia general solo se efectuó en bloqueos fallidos o por la urgencia obstétrica.

El grupo de edades en que se presentaron las cesáreas fué en primer lugar entre los 20 y 25 años con un 40.6% y en segundo lugar entre los 26 y 30 años con 23%.

Las pacientes a las que se les protegió con un metodo de planificación fué de un 62.7%; el 29.3% con DIU y el 33.4 con OTE.

Solo el 23% de las pacientes llevo un adecuado control prenatal, un 33% cursaron con un deficiente control y sin control un 43%.

También encontramos un porcentaje en los embarazos complicados que se resolvieron por cesárea ocupando el primer lugar la toxemia con un 7.8% siendo el total de 11.9% los embarazos complicados.

Las complicaciones transoperatorias fue de un 5.3% en las que figuran la prolongación o desgarro de la histerotomia, hemorragia e histerectomia Obstétrica. Así las complicaciones postquirúrgicas presentan un elevado

porcentaje siendo de un 23.9%, siendo las más comunes, la anemia postoperatoria en un 11% y el síndrome febril en un 8.2%.

En relación con los productos el 53.6% fueron femeninos y el 46.3% masculinos.

En relación con el peso el grupo mas numeroso fué entre 3001 a 3500 grs. con un 36.0%.

La edad gestacional en semanas mas frecuentes es de 38 a 39 semanas con un 42.5%. Así como la calificación Apgar mas frecuente fué de 8-10 en un 80.9%, se presentaron 4 obitos, uno con múltiples malformaciones, dos no diagnosticados y uno por desprendimiento de placenta.

En este estudio tratamos de evaluar o conocer la incidencia de la operación cesárea por la importancia del evento obstétrico. El incremento que se ha visto en nuestro hospital, quizás se encuentre justificado por tratarse de un hospital de concentración y las nuevas tendencias para la resolución de los embarazos de alto riesgo por vía abdominal. Encontrandonos dentro de los porcentajes nacionales.

El entrenamiento adecuado, el buen conocimiento obstétrico, la experiencia y la investigación junto al análisis constante de los resultados obtenidos conducirá al empleo correcto de esta operación.

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

- 1.- Louis M. Hellman, Jacka Pritchard. Operación Cesárea. Williams Obstétrica, Salvat ED., S.A., 1983, págs. 888-983.
- 2.- Parreco PR: I. Cesárea, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. ED Interoamericana 1985, Vol. 4, págs. 867-986.
- 3.- Dr. Ruiz Velazco. La Op. Cesárea. ED. La Prensa de México.
- 4.- Velvl Shorp Finsker, Chavez Azuela, E. Castelazo, E. Rivero, M. Karchmer, Mortalidad Materna asociada a la operación Cesárea. Gineco y Obst., de México, 1982, Vol. 50, Núm. 303, Julio págs. 189-195.
- 5.- DR. H. PUENTE G., J. Puente Tovar, F. Acosta, Salph Montalvo. Cesárea Electiva, Análisis de 600 casos. Gineco y Obst. de México, 1986, Vol. 54, Págs 191-7.
- 6.- James Fanning, Do., And C. Bernad Crossw, MD. Post Cesarean Section cecal Volvulus. Am J Obst Gynecol, May 1988, Vol. 158, No. 5, Págs. 1200-1202.
- 7.- Dr. Roger Lara, R.A. Sánchez, R. Aznar. Aplicación de Dispositivo Intrauterino a través de la incisión de la cesárea. Gineco y Obst. de México, 1989, Vol. 57, págs.23-7

8.- Robert C. Goodlin, D.D., Denver, Colorado. An Incision Technique for emergency cesarean section. Surgery Gynecology and Obstetrics. 1987 DEC Vol. 165, págs. 544-6.

9.- DR. S. Yaspik F., I. Topete, Lowenberg, L. Topete T. Centeno C., Cesárea Histerectomia en el C.H. "20 de NOV". Gineco y Obst., de México, 1987 Vol. 55, págs. 234-8.

10.- David A. Ollendorff, MD y Colbs. Vaginal Birth after cesarean section for arrest of labor: Is success determined by maximum cervical dilatation during the prior labor, Am J OBSTET Gynecol Sept. 1988, Vol. 159, Núm. 3, págs. 636-9.

11.- Castelazo. A.L. Conceptos actuales sobre operación cesárea. Bac. Méd. Méx. 87: 237.

12.- Septián J.M. Olivares T.G. Cesárea. Padoo, Presente y futuro. Operatoria Obstétrica Básica. AMBO, Sept. 1983.

13.- Manual de normas y procedimientos en Obstetricia. Documento interno. Hospital de Gineco-Obstetricia, No. 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala".

14.- Cartwright PS, Pittaway DE, Jones HW, Entman SS: The use of prophylactic antibiotics in obstetrics and gynecology: a review. Obstet Gynecol Survey, 1984; 39:537.

15.- Graham AR. Trial of labor following previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1984; 63:205.

16.- O'Driscoll K., Foley M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. Obstet Gynecol 1983; 61:1.

17.- Wallace RL., Eglinton GS., Yonekura ML et al: Extraperitoneal section: a Surgical form of infection prophylaxis. Am J Obstet Gynecol 1984; 148:172.

**FE DE ERRATAS**

**OSILAR - OSCILAR PG. 6**

**OBSTERICIA - OBSTETRICIA PG.10 / 11**