

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

78
2e)

FACULTAD DE MEDICINA

JUN. 17 1993

SECRETARÍA DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
JRLS

FRECUENCIA DE LAS CESAREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA UN AÑO DE ESTUDIO 1991

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

P R E S E N T A:
DRA. ELVIRA AMALIA LOPEZ MARTINEZ

ASESOR: DR. E. RICARDO VAN PRATT MARQUEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1993



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.

I N D I C E

1. INTRODUCCION

2. JUSTIFICACION

3. HIPOTESIS

4. OBJETIVO DEL ESTUDIO

5. MATERIAL Y METODOS

6. RESULTADOS

7. CONCLUSIONES

8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La operación cesárea es quizás uno de los más antiguos eventos quirúrgicos, útil y necesario en la actualidad, pasando por una serie de ensayos para ir perfeccionándose hasta el grado como lo conocemos en la actualidad.

La evolución de la intervención quirúrgica que logra extraer del vientre de la madre una criatura viva es fascinante y además nos ayuda a comprender algunos aspectos actuales de la técnica, indicaciones y complicaciones de la operación.

En primer lugar quisiera dejar bien sentado el significado de la palabra cesarea; es el nacimiento de un niño mediante un corte de la pared abdominal, viene del verbo latino caedere que significa cortar y, a los fetos extraídos en esta forma se les llama caesones o caesares, muchos de los cuales nacieron antes que el César.

La denominación de operación cesarea es atribuida a Plinio el viejo, quien inspiró a Francois Rousset para que en 1581 denominara a esta operación como cesárea: que de lui nous ayons ainsi nommé cette incision, Cesarienne, en su monografía acerca de la intervención quirúrgica. Esta expresión de sección cesárea que también es utilizada por Jacques Guillemau en 1598, y por el jesuita Theophilus Raynaudus en 1637, constituye un pleonasma ya que secare significa cortar, al igual que caedere. Sin embargo, esta doble denominación ha persistido hasta la fecha y ha tomado carta de naturalización por el uso común de ella, no solo en nuestro idioma, sino en casi todos, siendo operación cesarea en español; cesarean section en inglés; operatio cesarienne en francés; operacao cesareana en portugués; operatio cesarea en sueco; cesarkiego en polaco; taglio cesareo en italiano; Kaiserschnitt (kaiser: emperador, César y Schnitt: corte) en alemán.

LEYENDAS:

Si tomamos en cuenta las innumerables leyendas y tradiciones de numerosos pueblos, así como la mitología, parece que la operación cesárea fue practicada desde los tiempos más remotos. Aún más, el "parto inmaculado" era un honor y un gran augurio reservado a los héroes y dioses, ya que para ellos no regía el proverbio latino Inter faeces et urines nascimur.

Indra, el más elevado de los dioses hindúes, se negó a parir por vía vaginal, saliendo oblicuamente por el lado del abdomen, tal como se describe en el Rig Veda, el libro más antiguo de la India.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Un hecho similar sucedió con Buda. En otro libro sagrado el Jagur Veda se aconseja desde varios siglos antes de Cristo, se extraiga el feto por el vientre de la mujer embarazada muerta, cuando haya señales de que esté vivo. (13,15).

En Persia, se relata la que algunos consideran la primera operación cesárea, efectuada en una mujer toxémica y con un producto macrosómico. El recién nacido fue posteriormente el heroico personaje llamado Rustem. Las tradiciones nórdicas señalan que igualmente, por cesárea nació Walsung, héroe islandico. La mitología griega por su parte menciona que Dionisios y Asclepios también nacieron por esta vía; y Apolo secciona el vientre de la infiel Coronis para que nazca Esculapio. Se afirma igualmente que Baco fue extraído del vientre de su madre. (2,15).

En la cultura occidental, miles son las leyendas que relatan nacimientos por operación cesárea, por distintos motivos y en diversas situaciones.

EPOCA PREHISTORICA Y CIVILIZACIONES ANTIGUAS

Según varios historiadores y especialmente el historiador médico Reinhard Hofschlaeger, la operación cesárea era practicada en tiempos prehistóricos, ya que el hombre primitivo consideraba que el fruto de una embarazada debía sacarse de ella al fallecer porque si no podría traer maleficios sobre los vivos. Así se relata, que en el papiro egipcio de Kahum que data aproximadamente del año 2160 a.C., se encuentran referencias en relación a la operación cesárea y se expresa que dicha operación quirúrgica la practicaban mujeres cirujanas. Por otra parte, no hay datos fidedignos de que la operación haya sido efectuada en China y Japón. Lo mismo sucede en la primitiva Arabia y Persia. Sin embargo, aunque la Biblia no menciona la operación cesárea, en Palestina los hebreos casi seguramente la practicaron no solo en la mujer muerta y en los animales, sino también en la mujer viva. En la obra antigua Mischnagoth (140 años a.C.) se dice explícitamente "en caso de gemelos nacidos por sección del abdomen ni el primer niño ni el segundo tienen derecho a la primogenitura..." Así mismo, en una publicación llamada Nidda se tiene referencia: "es necesario que la mujer cumpla el precepto de los días de purificación, después de serle extraído el niño por las paredes del abdomen." y en el Talmud, que es posterior, se ordena la operación cesárea postmortem incluso en sábado.

No existen relatos acerca de la operación cesárea en mujer viva en los primeros años del cristianismo, y sólo hasta el año 1250 se vuelve a hablar del hecho señalándose que Paulo, obispo de Mérida, España, que había sido médico, hizo una operación cesárea a la esposa de un senador, extrayendo el feto muerto y ya putrefacto, la madre vivió. Varios libros alemanes y españoles dan crédito al hecho, sin descartar la posibilidad de que se tratara de un feto ectópico.

En los años siguientes se siguió practicando la operación cesárea postmortem a todo lo ancho del mundo civilizado conocido. Es poco lo que se adelantó durante estos primeros 1500 años de nuestra época, recomendándose que al morir la mujer no se debía dejar pasar gran tiempo en extraer el feto y sobre todo mantenerle la boca abierta. Esta idea de mantener la boca abierta de la paciente durante la operación fue seguida durante siglos enteros. Para principios del siglo XVI, Guy de Chauliac, el primero en hacer indicaciones acerca de la posición. Señalaba que la incisión debía hacerse del lado izquierdo del vientre, para evitar lesiones al hígado. Prietto d' Argellata en el siglo XV ya recomendaba la incisión en la línea Alba. (14).

En 1809 un médico de Hamburgo, Gottfried Philip Michaelis, ya proponía con mucho tino que sería menos peligrosa la operación cesárea si se extirpaba el útero al mismo tiempo, evitando la infección y los problemas de curación apoyado en parte por los experimentos de Giuseppe Cavallini que, al hacer histerectomías en animales, pudo confirmar que la matriz no era un órgano estrictamente necesario para la vida.

La primera histerectomía postcesárea aunque sin éxito fue llevada a cabo por el cirujano de Boston Horatio Robinson Storer quien el 21 de Julio de 1868 extirpó un úter miomatoso y muy sangrante, después de una cesárea no impidiendo la muerte de la madre y el niño.

En general los primeros 75 años del siglo XIX se caracterizaron por el aumento de casos de mujeres vivas con operación cesárea, especialmente después del descubrimiento de la anestesia general, cuya primera aplicación fue hecha por un dentista de Boston, William Thomas Green Morton, el viernes 16 de Octubre de 1846 en el Hospital General de Massachusetts; el conocimiento y perfeccionamiento de las técnicas. Aunque sin resultados halagadores ya que la mortalidad oscilaba entre el 80 y 95% excepto Ludwig Winckel y Heinrich Wiefel, quienes entre 1835 y 1887 informaron, en más de veinte operaciones, una mortalidad solo del 45 % materna y

50 % fetal. Esos años se caracterizaban porque durante ellos hizo su aparición la técnica extraperitoneal, propuesta en 1805 por Physick y practicada sin éxito por Joerg en 1806, Ritgen en 1820, Baudeloque en 1823 y Cianflone en 1844.

DE 1876 A NUESTROS DIAS

El 21 de Mayo de 1876 es una gran fecha en la historia de la operación cesárea. Eduardo Porro practicó con éxito una operación mutilante en una primipara, Julia Cavallini de Gambolò de 25 años, con pelvis raquítica asimétrica, con un conjugado obstétrico de 4 cm. y con imposibilidad para permitir la fetotomía por vía vaginal. Esta operación fue inmortalizada por el cirujano en su extensa monografía Dell'amputazione utero-ovárica come complemento di taglio cesareo, en la que con lujo de detalles describe la primera operación cesárea histerectomía (subtotal) con sobrevivida de la madre y del feto.

Para el profesor Espedito Moracci, la operación más importante después de la de Porro fue la intervención de Kehrer, el cual el 25 de Septiembre de 1881, en la pequeña villa de Mecksheim cerca de Heidelberg, en la casa de una parturienta con osteomalacia y trabajo de parto de 30 horas, incidió transversalmente al útero en el segmento inferior y extrajo por ahí el feto y la placenta. El operador aplicó seis puntos hemostáticos en la herida uterina y sobre ésta suturó el peritoneo visceral con doce puntos invaginantes. La madre y el niño sobrevivieron. Esta puede considerarse la primera operación cesárea segmentaria realizada.

A partir de estas fechas y en especial en los primeros años del siglo, los esfuerzos de cirujanos y obstetras se encauzaron al perfeccionamiento de las suturas, las incisiones uterinas, las vías de acceso y a precisar las indicaciones.

JUSTIFICACION

Tomando en cuenta que el Hospital Regional Gral. "Ignacio Zaragoza" maneja una gran poblacion y las condiciones socioeconomicas son bajas, y sus complicaciones que eso conlleva, debemos tener presente que al realizar una operacion cesarea el objetivo de la misma va encaminad a salvaguardar la salud materna, lograr la vida y la evolucion posterior satisfactoria del producto, y dejar un útero en buenas condiciones anatomicas y funcionales que no afecte el futuro obstetrico de la madre. (13,15).

Las indicaciones de la misma deben ser precisas y bien valoradas siendo estas cada vez más numerosas debido a la seguridad en su realizacion y a los enormes beneficios que brinda la operacion. En un principio solamente se indicaba por razones casi siempre religiosas en la mujer muerta o como resolucion de un caso sin posibilidad de manejo por via vaginal con una sola indicacion, la estrechez extrema de la pelvis, cuando el conjugado verdadero media menos de 6 cm. y no permitia ni la salida del producto ni la entrada de la mano del obstetra para sacrificar al feto. Posteriormente se fueron agregando lenta y paulatinamente otras. (2,3,15).

Nuestro pais no ha escapado a esa tendencia mundial de intervencionismo por lo que la frecuencia de la operacion tambien ha aumentado gradualmente. Como el tipo de indicaciones que motivan la intervencion varia de hospital a hospital y de una escuela obstetrica a otra y aún más, entre los mismos ginecobstetras de una institucion, igualmente varian las cifras de frecuencia. De ahí que es dificil conocer la realidad del problema. (1,13,14).

Indudablemente las cifras señaladas son muy diferentes lo que es ocasionado por múltiples factores com son:

1) la época en que está hecha la estadística. Conforme va siendo más frecuente la operación, entre más antigua sea la recopilación menor será la frecuencia.

La tasa de cesarea por 100 nacimientos en los Estados Unidos aumento constantemente hasta 17.9% en 1981; el 18.5 % en 1982; el 20.3 % en 1983 y 21.1 % en 1984; en 1985 la tasa aumento a 22.7 % y en 1986 a 24.1 %. Antes de 1982, el American College of Obstetricians and Gynecologists publicó lineamientos para disminuir dicha tasa promoviendo entonces el parto vaginal despues de cesarea. (2)

Se encuentra un incremento gradual de las cifras en nuestro hospital, si comparamos con los reportes obtenidos en 1981 en que se encontro una frecuencia

del 9.90 % ; en 1984 el Dr. Ventura señala un 23.1 % el Dr. Muñoz en 1987 reporta un 23 % ; el Dr. Ortega encuentra un 28 % en 1988; el Dr. Parra en 1989 obtiene un índice del 25.6 % debido a que se empezó a implementar el protocolo de parto después de cesárea como lo señala en su tesis. (7,9,10).

2) Igualmente depende de la escuela obstétrica que se siga. Las más conservadoras como las europeas tendrán cifras menores, y en cambio aquellas en las que se sigue el axioma: "una vez cesárea siempre cesárea" manifestarán cifras elevadísimas.

La elevación de tres, cuatro y hasta cinco veces los porcentajes de frecuencia de la operación en los últimos veinte años, ha sido debido al acuerdo unánime de indicar cesáreas en presentación pélvica en primigestas, multiparas añosas, macrosomía fetal, prematuridad, gemelar, condilomas, etc., lo que ha hecho aumentar el número de mujeres portadoras de cicatriz uterina, y en consecuencia mayor cantidad de cesáreas de repetición o iterativa.

Otro hecho significativo, fue disminuir la morbilidad perinatal mediante esta intervención. (11). El utilizar el tococardiógrafo en la sala de labor, ha permitido en nuestro hospital detectar oportunamente alteraciones en el producto, lo que nos lleva a realizar la interrupción del embarazo mediante cesárea, disminuyendo importantemente la morbilidad perinatal en nuestro medio.

El término electivo viene 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 elegir y no elegir". Denominamos cesárea electiva a la intervención planeada, programada en consulta externa con hospitalización de 12 a 18 horas previas a la cirugía sin actividad uterina, ruptura de membranas, sufrimiento fetal o complicación materna a tratarse. (11)

Tomando en cuenta la incidencia de indicaciones en años anteriores tenemos que en 1984 y 1988 la principal causa la constituyó la desproporción cefalopélvica, en 1987 la cesárea previa abarcó el primer término en nuestra Unidad. (7,9,10).

En 1990 se pone en práctica el protocolo del Dr. Parra Rodríguez para la realización de parto con cesárea previa por lo que baja la frecuencia; en pacientes cuya primera cesárea fue otra indicación diferente de la desproporción cefalopélvica. (10).

3) También interviene el nivel socioeconómico de las pacientes tratadas, es decir si son enfermas privadas u hospitalarias, ya que estas últimas

arrojan casi siempre frecuencias mucho menores que las privadas. Estamos abiertamente en contra de esta conducta, puesto que pensamos que el criterio obstétrico debe ser siempre el mismo, independientemente de donde nos encontremos.

Observamos en nuestro medio un incremento en el rubro de indicaciones de ruptura prematura de membranas, esto es debido a que se atienden pacientes con alta incidencia de infecciones cervicovaginales e infecciones de vías urinarias que lo condicionan.

Estudiamos pacientes con distocia de contracción, pacientes que presentaron inductoconducción fallida, trabajo de parto prolongado, o distocia adquirida (occipito posterior, occipito transversa, presentación de cara). Si un parto está detenido, se analiza la curva de Friedman. Recordemos que las nulíparas dura hasta 14 horas; en la fase activa la curva es aproximadamente de 1 cm. de dilatación por hora en las nulíparas y de 1.5 cm. en las multiparas. La fase latente puede distinguirse del falso trabajo de parto solo en forma retrospectiva, y puede prolongarse normalmente por acción de medicación analgésica. La cesárea practicada durante dicha fase es injustificada, a menos que haya otra indicación además de la probable distocia. (12).

La indicación de cesárea por presentación pélvica se halla en controversia en algunos hospitales, no en el nuestro, en el que la norma es interrumpir el embarazo por vía abdominal. La selección de la paciente para prueba de inducción de parto no se debate aquí porque tenemos presente que en prematuros hay posibilidad de atrapamiento de cabeza última, si consideramos el trofismo del producto, el grado de flexión o extensión de las extremidades pélvica, 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. (9,18).

La frecuencia global de la presentación pélvica, corresponde a más del 25 % las gestaciones menores a 28 semanas; la mortalidad perinatal es 5 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 morbimortalidad perinatal. Se agregan como causas importantes de pérdidas perinatales en parto pélvico la anoxia al nacimiento y lesión traumática obstétrica. (18)

La frecuencia de lesión obstétrica durante el parto vaginal de nalgas, es superior a la asociada con las presentaciones cefálicas. En varios

estudios está confirmado que la vía del parto no establece la diferencia en cuanto a la mortalidad neonatal en productos con pesos al nacimiento superiores a 2500 gr. Sin embargo la cesárea mejoró notablemente la mortalidad neonatal de lactantes con pesos al nacimiento entre 1000 y 2499 gr. (9).

En nuestro hospital, la conducta tomada para el embarazo gemelar es la misma que para la presentación pélvica, se resuelven mediante cesárea a menos que se encuentren en periodo expulsivo.

En cuanto a la baja reserva fetal diagnosticada por registro tococardiográfico, antes de tomar una decisión se procede a investigar si la causa es reversible: farmacológica, metabólica, cardiovascular, sueño fetal, etc., y si se descartan se interrumpe el embarazo por cesárea, ya que si existe baja capacidad de respuesta fetal, se empeorará en el transcurso del parto y obligará a intervenir de urgencia.

Las pacientes con preeclampsia en nuestro hospital se estabilizan por lo menos seis horas, con agentes antihipertensivos, sedantes, se corrobora el diagnóstico con exámenes de laboratorio y clínicamente, se valora el estado del producto mediante tococardiografía y se interrumpe el embarazo por vía abdominal, con este manejo se han obtenido productos con Apgar aceptable y disminución aún en prematuros de la morbimortalidad

4) La edad de la paciente debe considerarse, puesto que las jóvenes tienen menor frecuencia de operación cesárea que las mayores de 35 años. (17)

5) En consecuencia con lo anterior, igualmente tenemos que la multipara sobre todo excesiva (más de seis a siete partos previos), al actuar desfavorablemente sobre el embarazo, aumenta las cifras de operación cesárea debido a que ocasiona una mayor frecuencia de situaciones fetales anormales, implantaciones defectuosas de placenta, desprendimientos de la misma etc. (12)

6) Un factor poco tomado en cuenta, es la latitud geográfica y en especial el tipo racial de la población, que indudablemente actúa en favor o en contra de la frecuencia con que se efectúa la operación. En ello intervienen tanto las características pélvicas como las cefálicas, además de ciertas predisposiciones a enfermedades que se resuelven operatoriamente, así como la talla de las mujeres.

En fin, la realidad es que cada vez con más frecuencia se hecha mano de esta operación para resolver los problemas obstétricos.

H I P O T E S I S

El número de cesáreas es el 50 % de los nacimientos en relación a los partos atendidos y, las indicaciones de las cesáreas se han incrementado de acuerdo a las ya establecidas.

O B J E T I V O D E L E S T U D I O

Revisar y analizar la frecuencia de las indicaciones de la operación cesárea en el total de nacimientos y compararlos con la literatura mundial.

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

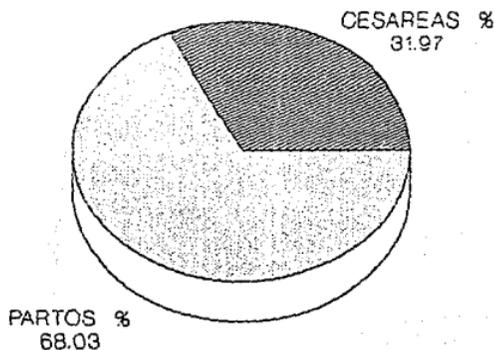
De un total de 5546 nacimientos atendidos del 1º de enero al 31 de diciembre de 1991, se estudio una población de 1773 pacientes sometidas a operación cesárea; el resto de pacientes la resolución de su embarazo fue por vía vaginal.

El estudio de las pacientes operadas por cesárea se llevó a cabo mediante un registro de recolección de datos, obteniendo la información de base (edad, paridad, semanas de gestación, indicación de ingreso) de la paciente a su internamiento a esta Unidad. Completando el registro en el postoperatorio, recabando resultados en cuanto a la indicación postquirúrgica de la cesarea, tipo de anestesia y datos del producto. Coorrelacionando los datos citados.

Se observó la incidencia de indicaciones en las pacientes excluyendo del estudio las pacientes cuya resolución no fue cesárea.

En base a los resultados se elaboraron tablas y gráficas así como el análisis estadístico correspondiente.

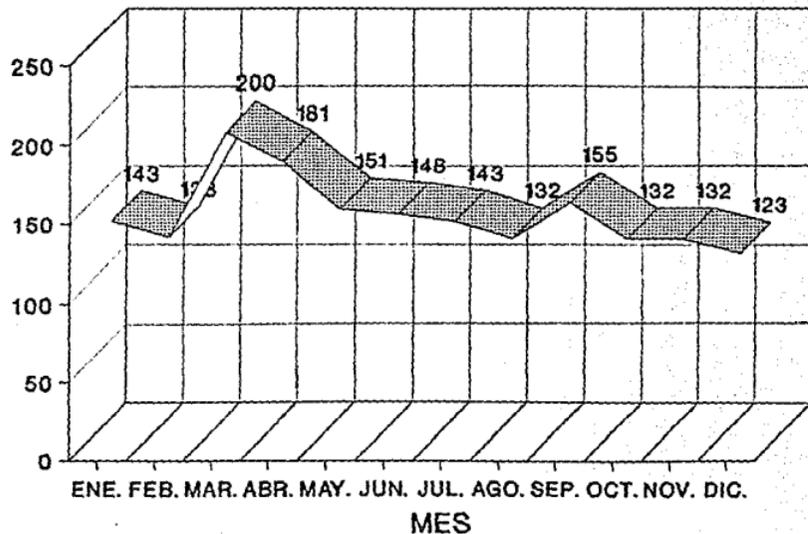
HOSPITAL REGIONAL GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA" FRECUENCIA DE CESAREAS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AÑO - 1991

TOTAL CESAREAS



TOTAL PACIENTES 1773

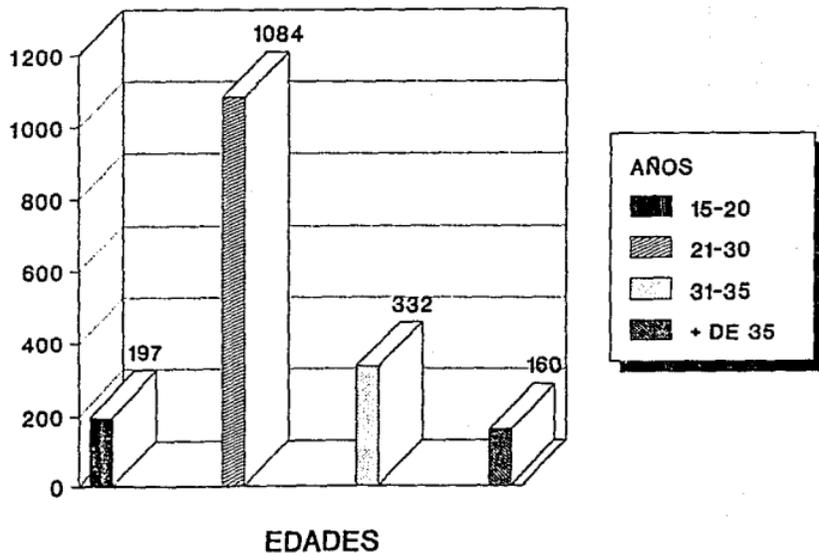
T A B L A 1
DISTRIBUCION POR EDAD

EDAD	Nº DE CASOS	FRECUENCIA %
15 - 19	197	11.3
20 - 24	361	20.5
25 - 29	723	40.9
30 - 34	332	18.3
35 ó más años	160	9.0
T O T A L	1 773	100 %

T A B L A 2
DISTRIBUCION POR PARIDAD

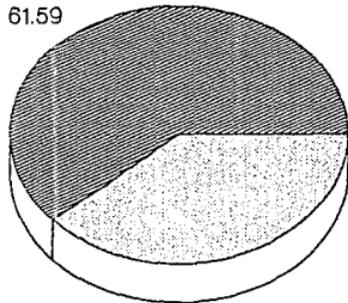
PARIDAD	Nº DE CASOS	FRECUENCIA %
PRIMIGESTAS	681	38.4
MULTIGESTAS	1 092	61.6
T O T A L	1 773	100 %

DISTRIBUCION POR EDAD



CESAREAS

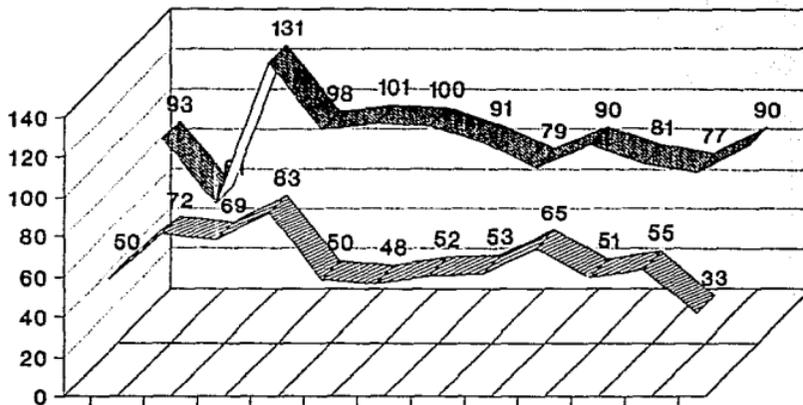
MULTIGESTAS
61.59



PRIMIGESTAS
38.41

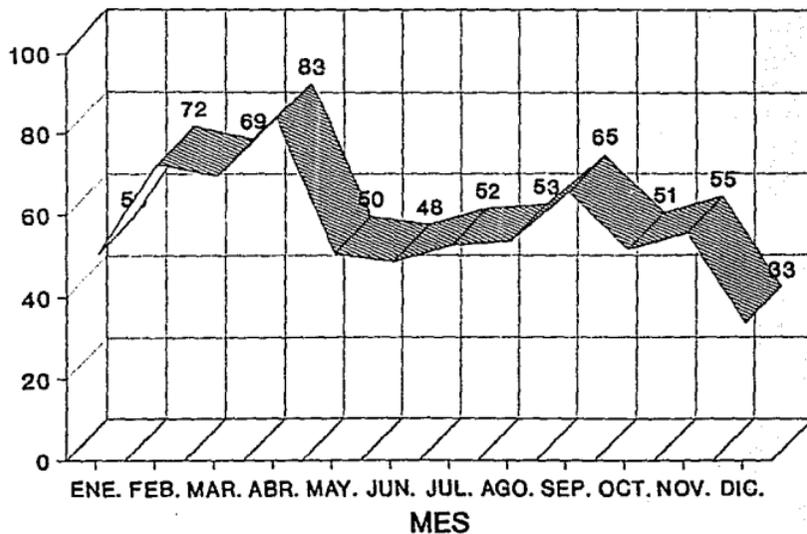
TOTAL DE CESAREAS
1773

DISTRIBUCION PARIDAD



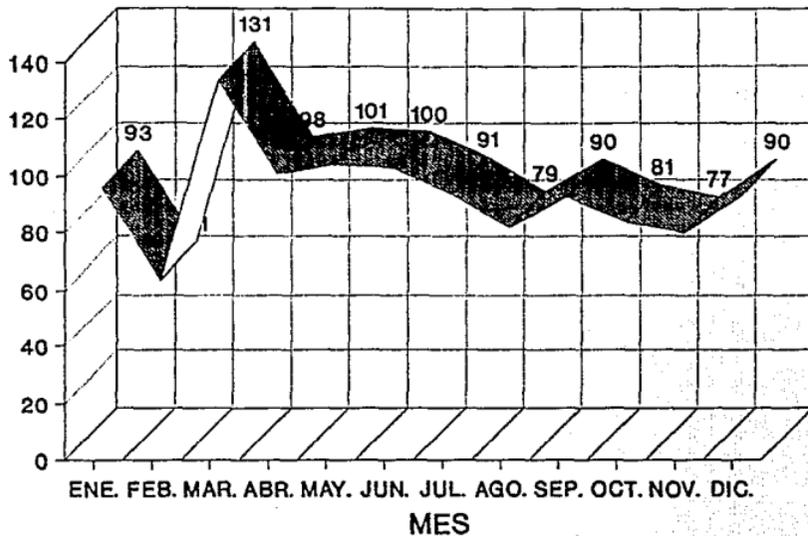
PRIMIGESTAS 681 MULTIPARAS 1092

PACIENTES PRIMIGESTAS



TOTAL PACIENTES 681

PACIENTES MULTIGESTAS



TOTAL PACIENTES 1092

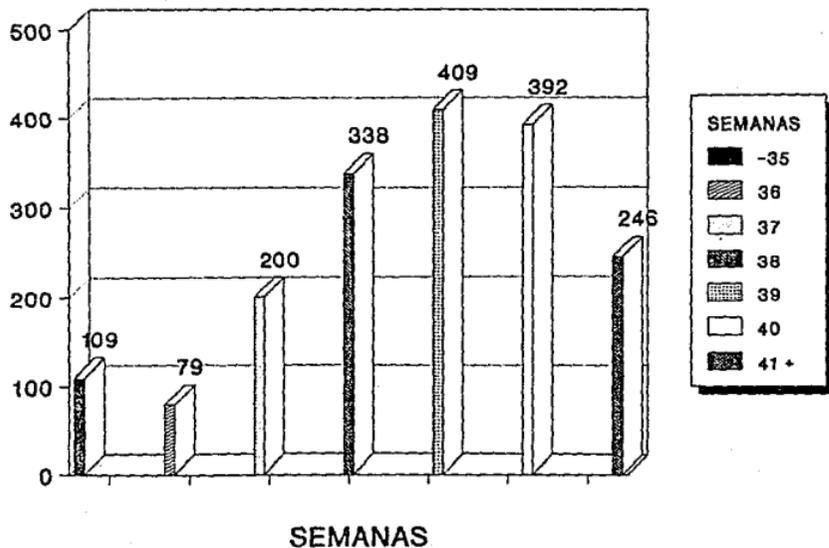
T A B L A 3

DISTRIBUCION POR SEMANAS DE GESTACION

SEMANTAS DE GESTACION	NO DE CASOS	%
35 SEMANAS O MENOS	109	6.1
36 SEMANAS	79	4.4
37 SEMANAS	200	11.3
38 SEMANAS	338	19.1
39 SEMANAS	409	23.1
40 SEMANAS	392	22.1
41 SEMANAS Y MAS	246	13.9
T O T A L	1 773	100 %

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SEMANAS DE GESTACION



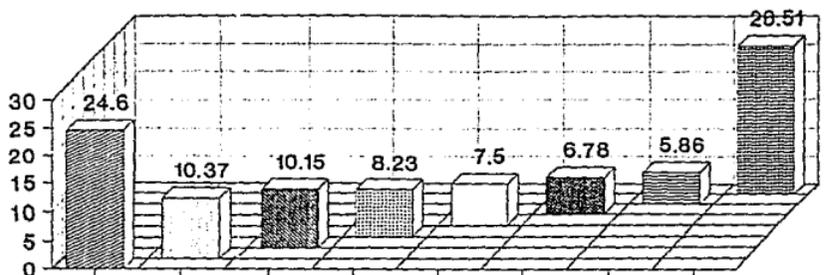
T A B L A 4

DISTRIBUCION DE LAS INDICACIONES DE CESAREA
POR ORDEN DE FRECUENCIA

INDICACIONES	Nº DE CASOS	%
D.C.P.	436	24.6
ITERATIVA	184	10.37
R.P.M.	180	10.15
CESAREA PREVIA	146	8.23
PRESENTACION PELVICA	133	7.5
PREECLAMPSIA	120	6.78
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	104	5.86
OTROS *	590	26.51
T O T A L	1 773	100 %

* OTROS: SITUACION TRANSVERSA, ALTERACIONES
FUNICULARES, ALTERACIONES EN EL REGISTRO
TOCOCARDIOGRAFICO, OLIGOHIDRAMNIOS, POLI
HIDRAMNIOS, EMBARAZO GEMELAR, PLACENTA
PREVIA, D.P.P.N.I., MADRE ANOSA, DISTOCIA
DE CONTRACCION, EMBARAZO PROLONGADO.
CONDILOMAS, ETC.

TABLA DE DISTRIBUCION DE LAS INDICACIONES DE CESAREAS POR ORDEN DE FRECUENCIA



No. CASOS (%)

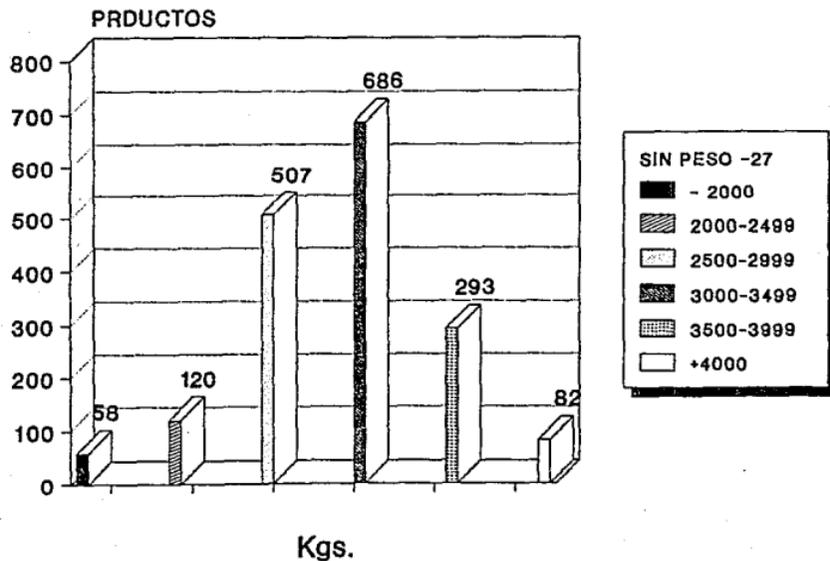


T A B L A 5

DISTRIBUCION DE PESOS DE LOS PRODUCTOS DE LAS
CESAREAS

PESOS DE LOS PRODUCTOS	Nº DE CASOS	%
MENOS DE 2000 gr.	58	3.3
2000 a 2499 gr.	120	6.8
2500 a 2999 gr.	507	28.6
3000 a 3499 gr.	486	38.7
3500 a 3999 gr.	293	16.5
4000 y más gr.	82	4.6
SIN REGISTRO	27	1.9
T O T A L	1 773	100 %

PESOS DE LOS PRODUCTOS



RESULTADOS

Del 19 de Enero al 31 de Diciembre de 1971 se resolvieron un total de 5546 nacimientos de los cuales 1773 (31.97 %) fueron cesareas, encontrándose un rango de edad de 15 a 46 años, con una media de 35 años, con un porcentaje máximo en el rango de edad de 25 a 29 años con 723 pacientes (40.9 %) Tabla 1.

Encontramos 681 primigestas (38.4 %) y de multigestas 1092 (61.6 %) Tabla 2.

La distribución por semanas de gestacion encontramos un rango de 28 semanas hasta 43 semanas con una media de 36.5 semanas. Su pico máximo a las 39 semanas, con 409 pacientes (23.1 %) Tabla 3.

Dentro de las indicaciones de cesarea por orden de frecuencia es el siguiente: La DCP es el más alto número de casos 436 (24.6 %). La cesarea iterativa con 184 casos (10.37 %). La Ruptura Prematura de Membranas con 180 casos (10.15 %). La Cesarea Previa ocupa el cuarto lugar con 146 casos (8.23 %). Presentación Pélvica 133 pacientes (7.5%) La Preeclampsia 120 (6.78 %). Con Sufrimiento Fetal Agudo 104 pacientes (5.86 %). Otras: 590 (26.51 %) que suman un total de 1773 (100 %).

Dentro del rubro "Otras" se incluyen cesareas indicadas por: Alteraciones Funiculares, Alteraciones en el Registro Tococardiográfico, Situación Transversa, Oligo y Polihidramnios, Emb. Gemelar, Placenta Previa, DFPNI, Madre Añosa, Distocia de Contracción, Embarazo Prolongado, Condilomas, etc. Tabla 4.

En nuestra distribución de pesos de los productos de las cesareas encontramos un rango de 1200 gr. a 4900 gr. con una media de 3050 gr. encontrando el número de pesos de los productos más alto de 3000 a 3499 gr. Con un número de pacientes de 686 (38.7 %). Se reportaron sin registro de peso 27 casos (1.9 %) Tabla 5.

En base a los resultados encontramos el 2 siguiente análisis estadístico: se realizó χ^2 con una $P < 0.001$ que se deben a variaciones aleatorias de los datos y la muestra.

CONCLUSIONES

1. Nuestros resultados demuestran el incremento evidente que se va presentando en la frecuencia de cesàrea encontrando un 31.97 % en relacion con años anteriores.

2. La indicacion que predomina en nuestro estudio es la desproporcion cefalopelvica acorde con la literatura referida.

3. La cesàrea previa ocupa un cuarto lugar como indicacion de cesàrea debido a la realizacion de parto despuès de cesàrea en muchos de los casos.

4. Las indicaciones de la cesàrea continúan en nuestro hospital siendo acordes con la literatura, sin embargo dentro de las mismas, se incluyen como norma, cesàrea por presentacion pelvica y en embarazo gemelar.

Con base a los resultados, concluimos que existen diferencias estadisticamente significativas entre el valor de la prueba de nuestra muestra y el de los resultados obtenidos en la poblacion general con un nivel de significancia de 0.01 % por lo que se rechaza la hipotesis de nulidad.

2

Con una χ^2 de $P < 0.001$ que se deben a variaciones aleatorias de los datos y la muestra.

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

- 1.- DANFORTH DN: CESAREAN SECTION. JAMA. 253:811, 1985.
- 2.- GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. TEMAS ACTUALES. VOL. 4, 591-5 , 1988.
- 3.- JONES OH: CESAREAN SECTION IN PRESENT DAN OBSTETRICS: PRESIDENTIAL ADDRESS. AM J. OBSTET GYNECOL 126: 521, 1976.
- 4.- JOVANOVIC R: INCISIONS OF THE PREGNANT UTERUS AND DELIVERY OF LOW-BIRTH WEIGHT INFANTS. AM J. OBSTET GYNECOL 152: 971, 1985.
- 5.- LANDESMAN R. GRABER EA. ABDOMINOVAGINAL DELIVERY : MODIFICATION OF THE CESAREAN SECTION OPERATION TO FACILITATE DELIVERY OF THE IMPACTED HEAD. AM J. OBSTET GYNECOL 148: 707, 1984.
- 6.- MOLLOU, WB. LABOR IN SHORT WOMEN. OBSTET AND GYNECOL 34: 330, 1969.
- 7.- MUÑOZ GORDILLO V. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA CESAREA CON ENFOQUE PERINATAL. TESIS H.R. IGNACIO ZARAGOZA ISSSTE, UNAM, 1988.
- 8.- NOTZON FC, PLACE K PJ, TAFTEL SM: COMPARISONS OF NATIONAL CESAREAN SECTION RATES. N. ENGL. J. MED. 316: 386, 1987.
- 9.- ORTEGA MARCO A. PERSPECTIVAS PARA DISMINUIR EL INDICE DE CESAREAS. TESIS H.R. I. ZARAGOZA ISSSTE, UNAM, 1989.
- 10- PARRA RODRIGUEZ O. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA CESAREA PREVIA. TESIS H.R. I. ZARAGOZA ISSSTE, UNAM, 1990.
- 11- PUENTE GONZALES H. PUENTE TOVAR JF., CESAREA ELECTIVA. ANALISIS DE 600 CASOS. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO. VOL 54 191-196. 1986.
- 12- ROY MP Y COLS. CESAREA. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS 4; 869-981, 1985.
- 13- RUIZ VELASCO, V., ESPINOZA DE LOS REYES, V., Y SALDANA, RH: FRECUENCIA E INDICACIONES ACTUALES DE LA OPERACION CESAREA. ESTUDIO DE 4000 CASOS GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO. 25; .67. 1969.

- 14.-RUIZ VELASCO V., Y PEREZ DE SALAZAR J.
EVOLUCION DE LA CESAREA EN MEXICO.
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO. 27:
115, 1970.
- 15.-RUIZ VELASCO, V. LA OPERACION CESAREA. LA
PRENSA MEDICA MEXICANA, 1-56, 1971.
- 16.-SCHUTTERMAN EB, GRIMES DA: COMPARATIVE SAFETY
OF THE LOW TRANSVERSE VERSUS THE LOW VERTICAL
UTERINE INCISION FOR CESAREAN DELIVERY OF
BREECH INFANTS. OBSTET GYNECOL 61:593, 1983.
- 17.-SHIO PH, FIELDEN JG, MC NELLIS D, ET AL:
RECENT TRENDS IN CESAREAN BIRTH AND TRIAL OF
LABOR RATES IN THE UNITED STATES . JAMA.
257; 494, 1987.
- 18.-WIGHT P. PATRICIA MH., Y COLS. PRESENTACION DE
NALGAS.GESTACION MULTIPLE. CLINICAS OBSTETRICAS
Y GINECOLOGICAS 2; 325-337; 339,336, 1986.