

11217

53

2e)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Hospital General de Zona No. 1 I. M. S. S.

CENTRO MEDICO DEL NOROESTE

Cd. Obregón, Sonora

**"INCIDENCIA ACTUAL DE LA OPERACION
CESAREA"**

TESIS RECEPTIONAL

Que para obtener el Diploma de:
ESPECIALISTA EN GINECO - OBSTETRICIA
P R E S E N T A

DR. ALFONSO DURAZO RENTERIA

TESIS CON Generación
FALLA DE ORIGEN

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

A mis Padres y Hermanos

A Diana por su
comprensión y Apoyo.

I.N.C.I.D.E.N.C.I.A A.C.T.U.A.L
D E L A O.P.E.R.A.C.I.O.N C.E.S.A.R.E.A

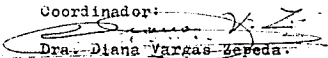
Dr. Alfonso Durazo Rentería R 3

I. M. S. G.
C. M. N. N.
CD OBTIGON, SONORA



EFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION

Coordinador:


Dra. Diana Vargas Zepeda

INTRODUCCION . -

Es evidente, que con el transcurso de los años se ha visto llegar y asumir, ciertas pautas de tratamiento en cuanto a la - operatoria obstétrica. Las cuales se han ido modificando a -- través del tiempo, tratando de obtener los mejores resultados - para el binomio materno-fetal. Es indudable que se han logrado importantes cambios, tanto técnicos como científicos; con los - cuales a sido posible la obtención de estos logros.

La operación cesárea, tal y como la conocemos hoy día, es- un recurso invaluable en la obstetricia moderna. Más sin embar- go en ocasiones se ha abusado de dicho procedimiento; es por -- ello que se tienen bases firmes para justificar la álta inciden cia de la operación cesárea.

La responsabilidad sobre el uso futuro de la misma opera- ción dependera de la formación y del buen criterio de los ciru- janos obstetras.

DEFINICION . -

La cesárea puede definirse como el parto de un feto a tra- vés de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del - útero.

Lo esencial de la intervención consiste en la incisión del útero (histerotomía); por tanto, no se refiere a la extrac- ción del feto de la cavidad abdominal en casos de rotura del -- útero o de embarazo extrauterino. Podríamos considerar otra de- finición, adaptada por Dexeus, la que 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 inci- sión de las cubiertas abdominales. En la operación cesárea siem- pre se cuenta con la conservación del útero.

HISTORIA .-

La operación cesárea, quizá la más antigua de las operaciones pasó por ensayos tan largos como interesantes prácticamente a través de toda la historia del hombre, hasta perfeccionarse - al grado como la conocemos hoy día, la evolución de la intervención quirúrgica que logra extraer del vientre materno una criatura viva es fascinante y además nos ayuda a comprender algunos aspectos de la técnica, indicaciones y complicaciones de la operación .

El origen histórico de la denominación es oscuro. Durante el reinado de Numa Pompilio (715 - 673 a.c.) fue promulgada una ley que ordenaba tal operación en mujeres fallecidas adelantando el embarazo o en el momento del parto. Denominándose Lex Regia, y más adelante bajo los emperadores, Lex Cesarea, éste parece ser el origen de tal denominación.

A partir de la edad media y hasta la segunda mitad del siglo XIX, este período está ampliamente referido en la monografía de Gall. La cesárea no siempre se ejecuta sobre la mujer fallecida y hay documentaciones de algunos casos de cesárea practicada en vida . El riesgo corrido por las operadas era enorme. - No se conocían las suturas y la muerte por hemorragia o infección era inevitable.

Es lógico pensar que se desconocía lo más elemental de técnicas quirúrgicas, a este período pertenece Rousset, que en 1580 publicó una serie de 15 operaciones seguidas de éxito, -- daba las siguientes indicaciones para la histerotomía: feto gigante, embarazo gemelar complicado, monstruosidades, presentaciones patológicas no susceptibles de corrección, atresia genital y primíparas añosas o demasiado jóvenes.

Otro autor Gueniot que estudió el asunto, no se contentó con señalar lo dudoso de los resultados de dicho autor, revisando las cesáreas practicadas en el siglo XVIII en París, cree -- que son pocos los casos seguidos de buen resultado, recopilan 40 operaciones entre 1800 y 1870 en esa ciudad sin sobrevivir -- una paciente. Este período corresponde, al empleo por vez primera, de las suturas y las primeras tentativas de operación sobre el segmento inferior y por vía extraperitoneal.

Debe citarse a Osclander (1759 - 1822), Jorg (1779 - - 1856), Ritgen (1787), Physick (1767 - 1837), cuyas históricas tentativas y críticas son ampliamente descritas por --- McIntosh y Marshall. El tercer período está dominado por la idea de Porro (1867), profesor de Milán, que dio un impulso notable a la operación cesárea al recomendar la amputación del útero y la sutura del muñón a la herida laparatómica. Saenger describe en 1882 la cesárea clásica, con sutura de la pared -- uterina; representan un progreso enorme y los éxitos son corroborados por la introducción amplia de la asepsia y antisepsia; es éste, el cuarto período.

El último período es el contemporáneo, a él van ligados - el conocimiento de las ventajas que reporta la sección sobre - el segmento inferior y las posibilidades de abordar el útero - por vía extraperitoneal sin recurrir al artificio que preconizara Ritgen. Los nombres de Frank (1906) Larzko (1905) y Kroening (1908) son por sí mismos representativos de una --- buena parte de dicho período, dentro de esta última etapa puede hacerse todavía una subdivisión : época posterior a los mi mos.

FRECUENCIA .-

Durante los últimos 20 años, hubo un aumento espectacular en el índice de partos por cesárea, que pasó de menos de un -- 5 % de todos los partos en 1965 a más del 15 % en 1978. En -- 1981, el índice de natalidad por cesárea en Estados Unidos era de 17.9 %, con informes de índices superiores a 20 % en algunos lugares. Esta tendencia se ha manifestado en todos los -- hospitales de todas las regiones geográficas de ese país, así como en mujeres de todas las edades y estado civil. Aunque - Estados Unidos tiene el mayor incremento en el índice de partos por cesárea, otros países informan haber observado esta -- misma tendencia, a raíz de este aumento generalizado de índice de natalidad, el National Institute of Child Health and Human Development organizó un grupo de trabajo para estudiar el problema, en su informe se hace un análisis de la tendencias potenciales que incluye en el cuidado obstétrico clínico, los - resultados fueron dados a conocer en septiembre de 1980 y pu--

blicados en 1981, el índice creciente de operaciones cesáreas era realmente tema de preocupación, se estableció entonces -- que había cuatro categorías diagnósticas fácilmente identificables que era la causa de la mayor parte del incremento del índice de natalidad por cesárea. Así específicamente, la distocia era la causa del 31 % de todos los partos por cesárea en 1978 y contribuyó al 30 % de la elevación observada en los índices de natalidad por cesárea entre 1970 y 1978. Las cesáreas repetidas contribuyeron al 25-30 % de este aumento y es de esperar que seguirán participando en una proporción todavía mayor al incremento de dicho índice, debido al aumento creciente de partos por cesárea primaria. Finalmente el sufrimiento fetal y la presentación de nalgas fueron el motivo de 10 a 15% de las otras causas conocidas del aumento del índice.

En países como el nuestro, carecemos de datos generales fehacientes y hemos de conformarnos con referencias escasas y limitadas a determinadas instituciones, conociendo que las discrepancias serán más notables cuanto menos sea el número de estadísticas realizadas. No obstante, la tendencia general es también ascendente en nuestro país, existe entonces en la actualidad un cambio de actitud, antiguamente la atención se concentraba en la madre y el proceso del parto; en el presente la mayor atención se ha enfocado al bienestar fetal y del neonato. El aumento en la frecuencia de la operación cesárea se registra tanto en las primarias como en las de repetición. La frecuencia con 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 de problemas la tasa puede llegar hasta un 35 % y en hospitales que reciben todo tipo de población esa tasa baja un 20 %; en hospitales que envían a pacientes problema a zonas de concentración donde sólo se opera lo muy necesario la cifra baja a un 10 %.

INDICACIONES . -

La operación cesárea es la intervención de cirugía mayor que se efectúa con mas frecuencia durante la gestación. Como toda intervención quirúrgica es necesario conocer sus indicaciones, contraindicaciones y técnicas, en general siempre se han dividido las indicaciones en causas originadas en problemas maternos, fetales o mixtos, y en causas absolutas y relativas.

Se consideran indicaciones absolutas :

Desproporción Feto pélvica

Tercera cesárea

Situación Transversa

DPFNI

Placenta previa central total

Distocia dinámica con inminencia de ruptura uterina

Indicaciones Relativas :

Período expulsivo prolongado

Presentación Pélvica

Sufrimiento fetal

Toxemia severa

Primigesta añosa

RPM

Relacionadas con la mecánica del parto :

Distocia de contracción

Anomalías de la Pelvis

Mal posición del feto

Alteraciones de las partes blandas del canal del parto

Macrosomía

Embarazo múltiple

Relacionadas con el estado de salud materno fetal :

Cáncer Cérvico uterino

Herpes Genital

Condilomatosis Genital

Padecimientos Metabólicos

Isoinmunización al factor RH.

Existe un consenso general en cuanto a las indicaciones de cesárea que en la mayoría de los centros hospitalarios ha sido aceptado, y que sólo es modificado en ciertos casos especiales.

1.- Alto Riesgo Ferinatal :

- Embarazo en Adolescente
- Embarazo en Primigesta Añosa
- Por padecimiento materno (Diabetes)
- Cirugía sobre útero
- Por Toxemia severa
- Bajo Reserva Fetal
- Posiciones Fetales Anormales
- Hemorragias :
Inserción Baja de Placenta
Placenta Previa
DPPNI

2.- Parto sin progreso

- Desproporción Feto Pélvica
- Dilatación Estacionaria
- Distocia Dinámica

3.- Parto Pélvico

- De Término
- Pre Término

4.- Parto Pre Término

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

5.- Sufrimiento fetal agudo intraparto

6.- Cesárea Iterativa.

En el Hospital de Gineco/Obstetricia del Centro Médico del Noroeste del IMSS, tenemos normado estrictamente las indicaciones de la operación cesárea, por tanto mencionaré las causas más frecuentes encontradas.

Distocia.-

La distocia es responsable del mayor porcentaje en la tasa de incremento de cesáreas y puede obedecer a los siguientes factores:

- Mayor seguridad quirúrgica, con disminución a la tolerancia en casos de parto prolongado.
- Abuso del diagnóstico, puramente clínico de desproporción, - así mismo el abandono de la utilísima prueba de trabajo de - parto.
- Abandono total de la aplicación del fórceps medio, también - del total abandono de las pruebas de forceps fallida.

Pero por encima de estos factores, legítimos o no, es la distocia la entidad más idónea para la sobreactividad quirúrgica.

Desproporción Céfalo-Pélvica (dcp)

La desproporción céfalopélvica, continúa siendo tema de vibrante interés en obstetricia por que a pesar de los grandes adelantos de la especialidad en las últimas décadas sigue siendo causa no despreciable de morbi-mortalidad materno fetal, además - 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 desproporción céfalopélvica puede ser absoluta y relativa, es absoluta cuando la desproporción es evidente y se hace patente a nivel del estrecho superior, el mecanismo evolutivo del parto puede verse detenido en forma absoluta. Es relativa cuando el diámetro conjugado verdadero tiene una reducción no tan absoluta y permite el encajamiento, la desproporción será relativa y el mecanismo del parto sufrirá algunas alteraciones. El abuso del --- diagnóstico, puramente clínico así como el abandono absoluto - de la prueba de trabajo de parto son dos factores que principalmente ocasionan el incremento de la operación cesárea, cabe mencionar que en nuestro hospital se tienen como porcentajes - variables entre 36 y 40% de cesáreas efectuadas por esta indicación.

Sufrimiento Fetal.-

Origina aproximadamente del 5 al 15% de los nacimientos - por cesárea, la hipoxia y la acidosis transparto son quizá causa menos frecuente de lesión neurológica del feto de lo que antes se pensaba: sin embargo pueden conducir a muerte transparto o neonatal, morbilidad neonatal como sufrimiento respiratorio y lesión neurológica posterior como parálisis cerebral. La decisión de practicar una cesárea en presencia de sufrimiento fetal se basa en la preocupación justificada de estas consecuencias de la hipoxia y acidosis transparto prolongadas.

Presentación Pélvica.-

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que la presentación pélvica es un riesgo mayor durante el parto vaginal en -- comparación con el feto con presentación cefálica. El parto va ginal se ha relacionado con el riesgo de atoramiento de la cabeza, una mayor probabilidad de prolapso de cordón umbilical y un aumento en el riesgo de asfixia. La preocupación sobre el -- elevado índice de mortalidad relacionado con el parto vaginal y presentación pélvica, ha hecho que muchos obstetras pongan en duda la seguridad del parto vaginal y el parto abdominal se con virtió en el tratamiento preferido a mediados del decenio de -- 1970 en muchos centros perinatales.

Iterativa.-

Es obvio que conforme aumenta el número de cesáreas se eleva - la proporción de gestantes, portadoras de cicatrices uterinas. Se pensaría que va disminuyendo el número de cesáreas de repetición, pero sólo en términos relativos ya que a pesar de ser relegada al segundo o tercer lugar en términos absolutos encon tramos un notable aumento puesto que se aproxima al 14% del total en el presente estudio o sea que su frecuencia se ha tri plicado, la cesárea previa es la segunda responsable del ascenso en la tasa global, entre otras razones porque la mayoría de los obstetras se dejan llevar por la frase de Cesárea una vez siempre cesárea.

Embarazo Gemelar.-

Los partos de gemelos prematuros constituyen aproximadamente una sexta parte de todos los nacimientos prematuros. --- Aproximadamente 20% de los partos antes de la semana 33 de gestación, es de gemelos. Algunos autores han presentado datos -- que indican que el parto abdominal es benéfico para los nacimientos de gemelos prematuros. Nordenskjöld y colaboradores - (1979), en un estudio retrospectivo realizado en 104 gemelos - prematuros, comunicaron mejores resultados después de cesárea en gemelos nacidos después de la semana 31 de gestación y antes de la semana 33 de gestación, otros autores sólo han podido demostrar un aspecto benéfico en caso de presentación que - no es de vértice. En conclusión los datos en favor de la cesárea para los partos de gemelos antes de la semana 33 de gestación son limitados.

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. El manejo de la misma ha representado históricamente un dilema por las dificultades inherentes al hecho de tomar una decisión entre el riesgo de interrumpir el embarazo y obtener un feto pretérmino con una posible inmadurez pulmonar y el riesgo de una infección intrauterina cuando se decide continuar la gestación.

Hasta hace pocos años el diagnóstico de RPM era igual a - la interrupción inmediata del embarazo independientemente de - la edad fetal por el peligro de una infección intrauterina al alargarse el período de latencia. En la actualidad a pesar de la controversia existente en la literatura sobre el tema, esta conducta generalizada para todas las pacientes tiende a individualizarse teniendo en cuenta fundamentalmente la presencia o sospecha de corioamnionitis, la edad del embarazo, la madurez - del embarazo, la madurez pulmonar fetal espontánea o inducida y las condiciones obstétricas existentes.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El reconocimiento de la naturaleza de alto riesgo del embarazo en la adolescencia ha sido reconocido recientemente. El embarazo en esta etapa de la vida se ha considerado que lleva consigo mayores riesgos tanto para la futura madre como para el producto de la gestación.

De los factores de riesgo encontrados en la Historia Clínica Inicial resaltan ciertas características maternas relacionadas con la edad en el parto, que tienen fuertes implicaciones para los resultados del embarazo. La hipertensión inducida por el embarazo y la Desproporción céfalopelvica son las complicaciones que ocurren con más frecuencia en el grupo de mujeres más jóvenes. Por otra parte la toxemia como complicación médica más común está en relación directa a la mayor incidencia con que se observan alteraciones de frecuencia cardíaca fetal y la presencia de meconio, que indican un elevado índice de Stress del feto durante el trabajo de parto. De acuerdo al enfoque actual de la Obstetricia y perinatología, los avances en monitorización fetal se han incrementado en forma general, los índices de operación cesárea de 8 a 13% de las primigestas por estas causas. Sin embargo si se analiza la frecuencia con que se practica la operación cesárea, la frecuencia es la misma en los dos grupos, adolescentes y adultas. La variación está en función de la indicación más importante en la adolescente que es la desproporción céfalopelvica.

Morbi - Mortalidad

Hasta fines del siglo pasado, el riesgo extremo de la cesárea para la vida materna hizo que este método de nacimiento fuera el último recurso. Aunque es difícil obtener cifras exactas, la mortalidad materna después de la cesárea probablemente era cuando menos del 75 % a finales del siglo XIX. La morbilidad entre las primeras supervivientes de la cesárea también debe haber sido considerable, pero no se han registrado sistemáticamente sus tipos de morbilidad y su frecuencia. Hacia fines de ese siglo, el uso de la asepsia y la anestesia, junto con otras mejorías generales en la técnica quirúrgica, redujo espectacularmente la mortalidad materna después de la cesárea. En 1921 William, comunicó un índice de mortalidad materna del 5.5 % después de la cesárea, en el Johns Hopkins Hospital, para el período 1899 - 1920. Los estimados publicados de mortalidad materna posterior a la cesárea para los decenios de 1930 y 1940, varían de 800 a 2500 por 100 000, y la mortalidad era de aproximadamente 300 por 100 000 intervenciones a fines del decenio de 1950. Las causas más comunes de muerte posterior a la cesárea en este decenio varían entre los estudios. En Rhode Island, tres de cuatro muertes atribuibles a la intervención fueron causadas por infección. En Georgia, ocho de cada nueve muertes atribuibles a la operación fueron causadas por embolia pulmonar y no hubo muertes causadas por septicemia. En Gran Bretaña la anestesia fue la causa principal de muerte, después de cesárea en el período 1976 - 1978, presentándose en iguales proporciones, septicemia, hemorragia y embolia pulmonar. En Suecia, trece de ocho muertes en el período 1973 - 1979, atribuibles a la cesárea fueron causadas por embolia pulmonar, y dos de ocho fueron producidas por septicemia. Durante el siglo XX, la hemorragia, septicemia, embolia pulmonar y anestesia han sido las causas principales de muerte posterior a cesárea. El riesgo de mortalidad en la cesárea puede compararse con el de parto vaginal por los datos presentados por varios autores.

Evrard y Gold mostraron una mortalidad posterior al parto vaginal de 1965 a 1975 del 2.7 % por 100 000 partos, y el índice de mortalidad materna atribuible a la cesárea para el mismo período fue de 30.9 % por 100 000. La cesárea es un procedimiento quirúrgico mayor. Como tal, está relacionado con lesiones que no se producen durante los partos vaginales. La lista de estas lesiones es larga e incluye lesiones al ureter, vejiga urinaria e intestino; lesiones a los vasos sanguíneos y laceraciones del cuello uterino, vagina y ligamentos anchos. La cesárea aumenta también el riesgo de hemorragia postparto, embolia pulmonar, íleo paralítico, endometritis, infección de las vías urinarias y otras infecciones. Después de la cesárea puede haber Histerectomía como resultado de hemorragia e infección y la infección posterior a la intervención puede deteriorar la fertilidad futura.

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 sin abrir el peritoneo parietal el cual se desliza por el espacio útero-vesical hasta dejar al descubierto la pared anterior del útero. Se utilizó sobre todo en los problemas infecciosos. En nuestro hospital no se realiza por ofrecer pocos beneficios, ser más difícil su realización y requerir de un mayor tiempo quirúrgico.

De las técnicas transperitoneales que son las utilizadas - en la actualidad se han descrito 5 tipos :

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

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

- Incisión de la piel en forma vertical o transversal
- Corte de la aponeurosis de los rectos anteriores del abdomen en la línea media.
- Apertura de rectos anteriores en la línea media
- Separación de tejido graso preperitoneal hasta llegar al peritoneo parietal el cual se secciona verticalmente.
- Se reconocen las asas intestinales con compresa única y se expone el peritoneo visceral que cubre el segmento inferior del útero, el cual se incide en forma transversal, disecando hacia arriba y abajo 3 cms. esta maniobra en el borde inferior ayuda a alejar la vejiga del campo operatorio.
- Se abre la pared uterina con una pequeña incisión con el bisturí, exponiendo el saco amniótico, may cirujanos que amplían esta herida con los dedos haciendo presión lateralmente, -- otros lo hacen con tijera, siendo esto a criterio del cirujano.
- Punción y apertura del saco amniótico
- Se extrae el feto y se menciona una serie de maniobras con la palma de la mano del cirujano sobre la presentación y con la otra sobre el fondo uterino.

- Se practica limpieza de la orofaringe fetal, se pinza y -
corta el cordón umbilical.
- Se extrae la placenta y se revisa la cavidad uterina has-
ta estar seguros de que no hay restos placentarios y de -
membranas.
- Se procede a suturar la pared uterina, exponiendo los bor-
des con pinzas de allis y se practica un surjete continuo
anclado con catgut cromico del # 1 .
- Se revisa que haya una hemostasia adecuada y se procede a
practicar la segunda sutura sobre miometrio con un surje-
te invaginante tipo cushing o lambert.
- La peritonización se realiza despues de verificar la buen
na hemostasia con surjete continuo y con catgut 00 .
- Se extrae la compresa úrica, se hace limpieza de la cavi-
dad peritoneal sobre todo de las correderas parietocoli -
cas y al mismo tiempo se visualizan los anexos.
- Se solicita la cuenta de gasas y compresas y se cierra la
pared abdominal por planos procurando que el peritoneo pa-
rietal se cierre con surjete evaginante a fin de dejar la
superficie interna lisa lo que evitará la formación de -
adherencias.
- Una vez cerrada la pared abdominal se comprueba que el -
útero esté bien contraído y generalmente hacemos compre -
sión sobre el fondo uterino para facilitar la salida de -
coágulos y así cerciorarnos de la permeabilidad cervical.

MATERIAL Y METODOS.-

Se practico un estudio prospectivo, en 100 pacientes quienes fueron sometidas a operaci3n ces3rea, en el hospital de Ginecologia y Obstetricia del Centro Medico del Noroeste del IMSS en el lapso comprendido de los meses de septiembre a diciembre de 1987.

Se elabor3 un protocolo para la recolecci3n de datos que incluye :

Afiliaci3n, fecha de la ces3rea, edad de la paciente, gestaciones, partos, abortos, ces3reas, tipo de ces3rea, primaria, repetida o Iterativa, indicaci3n de la ces3rea:urgente o programada curso del embarazo,complicado o no, indicaci3n de la ces3rea anterior y de la ces3rea actual, la edad gestacional, valoriza - ci3n de la misma mediante cl3nica, FUM, estudios de radiologia o ultrasonido. Presencia o ausencia de trabajo de parto y las - condiciones de las membranas ovulares.

Medico que efectuo la ces3rea, cirujano MB, R3, R2, las complicaciones transoperatorias, cirugia adicional y el tipo, - d3as de hospitalizaci3n, complicaciones postoperatorias, la uti - lizaci3n de antibiotico profilactico o no y por ultimo el tipo - de anestesia utilizado.

En cuanto al producto se analizaron los siguientes parame - tros :

Peso, edad gestacional, calificaci3n de Apgar, Morbilidad.
Dicho protocolo de investigacion se anexa a continuaci3n :

Indicaciones de Operación Cesárea:

De los 100 expedientes revisados encontramos los siguientes resultados en cuanto a la indicación de la cesárea:

Desproporción Céfalo-pélvica- - - - -	32	Casos
Cesárea Interactiva- - - - -	14	Casos
Presentación Pélvica- - - - -	12	Casos
Sufrimiento Fetal Agudo - - - - -	10	Casos
RPM y Cervix Desfavorable - - - - -	8	Casos
Preclampsia Severa - - - - -	7	Casos
Embarazo Gemelar - - - - -	3	Casos
Diabetes Mellitus - - - - -	3	Casos
Placenta previa - - - - -	2	Casos
DPPN1 - - - - -	2	Casos
Primigesta Añosa -- - - - -	2	Casos
Embarazo Prolongado - - - - -	1	Caso.

Variables Analizadas:

Edad de la Paciente:

15 - 19 años	= 22
20 - 25 años	= 36
26 - 30 años	= 27
31 - 35 años	= 11
36 - 40 años	= 3
+ - 40 años	= 1

Número de Gestaciones:

Primigestas	= 39
Secundigestas	= 26
Trigestas	= 17
Multíparas	= 18

Tipo de Cesárea:

Primaria	= 52
Repetida	= 34
Interativa	= 14

Tipo de Cesárea Programada o Urgente:

Cesárea Urgente	= 81
Cesárea Programada	= 19

Diagnóstico de Edad Gestacional

FUM y Clínica	= 84.2
Radiología	= 13.0
Ultrasonido	= 2.8

En algunas ocasiones encontramos con que existía embarazo complicado previo a la cesárea y la frecuencia del mismo fué :
Embarazo complicado = 27 casos.

Y las causas mas frecuentes se detallan a continuación :

Preeclampsia leve	= 10
Preeclampsia severa	= 7
Infección de vias urinarias	= 4
Diabetes Mellitus	= 3
Placenta Previa	= 2
Embarazo prolongado	= 1
Total	= 27

Edad Gestacional en Semanas :

30 - 33 semanas	= 3
34 - 36 semanas	= 8
37 - 39 semanas	= 70
40 - 42 semanas	= 18
+ 42 semanas	= 1

En relacion al diagnostico de la edad gestacional tenemos :

FUM y Clinica	= 84.2
Radiologia	= 13.0
Ultrasonido	= 2.8

El uso de antibioticos en forma profilactica fue otro de los parametros a analizar y se encontro los siguientes resultados :

Antibiotico Profilactico	= 77
Antibiotico Indicado	= 7
No usado	= 16

En relación a las complicaciones transoperatorias y posoperatorias se encontro :

Complicaciones transoperatorias = 12

y por orden de frecuencia fueron :

Hemorragia = 4

Prolongación de Comisura = 5

Lesión de vejiga = 1

Desgarros = 2

Cabe mencionar que en el mismo acto quirurgico se efectuo la corrección del problema.

Las complicaciones postoperatorias fueron :

Síndrome Febril = 11

Anemia Postoperatoria = 14

Dehiscencia de la herida = 3

Endometriometritis = 2

Hipertension Arterial = 1

Hematuria = 1

Edema cerebral = 1

En cuanto a pacientes con trabajo de parto o con ausencia encontramos los siguientes resultados :

sin trabajo de parto = 71.2

con trabajo de parto = 28.8

Asi mismo el estado de las membranas amnioticas previo a la cesárea, se encontraron los siguientes datos :

Membranas integras = 92

Membranas rotas = 8

con mas de 12 hrs = 7

con menos de 12 hrs = 1

Se valoro tambien el cirujano que efectuo la cesarea encontrando :

Médico de Base = 14

Residente de 3 año = 38

Residente de 2 año = 48

Tipo de Anestesia empleada :

Bloqueo peridural	= 96.21 %
Anestesia General	= 3.79 %

Dentro de las 100 cesareas efectuadas se hicieron 26 OTB

En relación a los pesos de los productos y la valoración de apgar, los resultados fueron los siguientes :

Peso

Menos de 2000 grs	= 1
2000 a 2600 grs	= 6
2600 a 3100 grs	= 15
3100 a 3600 grs	= 32
3600 a 4000 grs	= 39
Mas de 4000 grs	= 10
Total	= 103

Con respecto a la valoración de apgar :

Apgar

2 - 4	= 3
4 - 6	= 8
6 - 8	= 16
8 - 10	= 76

Total= 103

Los productos que presentaron complicaciones posteriores al nacimiento fueron un total de 11 productos y las mas frecuentes fueron :

SIRI	= 6
Hipoxia	= 3
Ictericia	= 2
Total	= 11

ESTUDIOS COMPARATIVOS . -

Muchos son los trabajos que en nuestro país se han escrito sobre el tema, en su mayoría provenientes de instituciones de carácter oficial y muy pocos de instituciones privadas.

La frecuencia con que la operación se practica, así como también los resultados que se obtienen, constituyen uno de los más fieles parámetros de evaluación del trabajo obstétrico de una institución hospitalaria.

Lo anotado anteriormente sienta los precedentes que nos -- han motivado para la ejecución de esta revisión en nuestro centro hospitalario, la cual encierra uno de los objetivos primordiales, mostrar la experiencia recogida en la práctica de la -- operación cesárea y compararla con otras épocas y otras instituciones, para ratificar o rectificar los criterios hasta ahora -- seguidos para tal ejecución y contribuir así al establecimiento de normas en la práctica de la mencionada intervención.

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron en el presente estudio y se comparan con los de otros autores de diferente época :

INCIDENCIA DE LA OPERACION CESAREA

AUTOR	AÑO	N. Partos	N. Cesareas	Frecuencia
DESOPO	1942-48	17,226	1000	5.80 %
BRANDT	1951-52	28,274	734	2.53 %
CASTELAZO	1948-56	99,624	2309	2.31 %
KARCHMER	1966		1000	5.5 %
SEPTIEM	1957-68	23,000	1057	4.50 %
ESPINOZA DE R.	1970	51,117	3000	5.70 %
RUIZ VELASCO	1968	65,500	4000	6.10 %
HINOJOSA	1970	5,357	300	5.60 %
PRESENTE ESTUDIO	1987(Dic)	513	115	22.00 %

E D A D

AUTOR	15-20 a	21-30 a	31-40 a	+ 41 a.
CASTELAZO		64 %		
KARCHMER	9.7%	58.40%	28.30%	3.60%
TOPETE	13.0%	50.00%	34.00%	3.00%
HINOJOSA	10.0%	63.00%	25.33%	1.66%
PRESENTE EST.	22.0%	63.00%	14.00%	1.00%

GESTACION

AUTOR	PRIMIGESTAS	SECUNDIGESTAS	MULTIGESTAS
CASTELAZO			
KARCHMER	27.50%	16.10%	55.40%
TOPETE	43.00%	9.00%	48.00%
HINOJOSA	43.66%	19.33%	27.00%
PRESENTE EST.	39.00%	26.00%	35.00%

TIFO DE ANESTESIA

AUTOR	BPD	GENERAL	MIXTA
Castelazo	27.20%	71.50%	
Karchmer	62.60%	36.60%	
Topete	90.00%	7.00%	3.0%
Hinojosa	89.60%	8.60%	1.6%
Presente Est.	96.21%	3.79%	

Morbilidad Materna

AUTOR	AÑO	PORCENTAJE
Castelazo	1948-56	
Karchmer	1966	2.50 %
Espinoza de R.	1964-67	18.30 %
Septien	1957-68	
Ruiz Moreno	1969	25.31 %
Topete	1970	13.00 %
Hinojosa	1966-70	8.66 %
Presente Est.	1987	12.00 %

EDAD DEL EMBARAZO

AUTOR	-30 sem.	30a35 sem.	36a40 sem.	+ 40 sem.
KARCHMER	2.6 %	4.50 %	90.1 %	2.8 %
TOPETE	1.0 %	1.00 %	68.0 %	28.0 %
HINOJOSA	0.0 %	2.33 %	84.0 %	13.6 %
PRESENTA ESTUDIO		11.00 %	70.0 %	19.0 %

INDICACIONES DE LA INTERVENCION

HINOJOSA-CASTELAZO-KARCHMER-ESPINOZA-TOPETE-PRES.

D.C.P.	38.33%	41.4%	40.6%	33.70%	28.73%	32.0%
ITERATIVA.	20.33%	18.2%	22.7%	21.80%	10.00%	14.0%
PELVICA.	14.00%	6.3%	10.0%	7.60%	3.00%	12.0%
GEMELAR Y TRANSV.	9.00%	6.3%	10.0%	7.10%	4.00%	3.0%
SUF. FETAL.	7.66%	6.7%	13.6%	7.85%	27.00%	6.0%
DPNI Y PLACENTA P.	4.66%	12.7%	11.0%	8.20%	4.00%	4.0%

PESO DE RECIEN NACIDOS

AUTOR	-2500	2501-4000	+ 4000
Karchmer	10.66	84.40	5.10
Topete	8.0	84.0	10.0
Posada	26.26	64.34	22.94
Hinojosa	11.6	83.66	5.66
Presente Est.	7.0	86.00	10.00

APGAR

AUTOR	7-8-9	4-5-6	1-2-3
Topete	51.00	27.00	17.00
Hinojosa	94.33	6.33	0.33
Presente Est.	92.00	8.00	3.00

Morbilidad Del Recien Nacido

AUTOR	PORCENTAJE
Topete	2.00 %
Espinoza de los R.	20.00 %
Hinojosa	5.66 %
Presente Est.	11.00 %

Edad Del Embarazo

AUTOR	-30 sem.	30-35 s.	36-40 s.	+ 40 s.
Karchmer	2.6 %	4.50 %	90.1 %	2.8 %
Topete	1.0 %	1.00 %	68.0 %	28.0 %
Hinojosa	0.0 %	2.33 %	84.0 %	13.6 %
Presente Est.	0.0 %	3.00 %	78.0 %	19.0 %

CONCLUSIONES . -

En las últimas décadas, el papel de la cesárea ha sido definido desde una perspectiva diferente; la facilidad de su opción, 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 de considerar:

- La cesárea sólo debe practicarse cuando el alto riesgo ha sido considerado y cuidadosamente establecido.
- La mortalidad materna se eleva entre 5 y 30 veces, por encima de la correspondiente al parto.
- La morbilidad materna oscila entre el 15 y 30%, siendo 3 a 10 veces superior a la del parto.
- Si existen diferencias entre la cesárea y el parto en cuanto a la morbimortalidad fetal, antojándose en términos generales, favorable al parto. La mortalidad es de 21% en cesárea y del 14% en parto; además se ha surgido que la vía abdominal es capaz de incrementar el síndrome de insuficiencia respiratoria.

En el momento presente, la operación cesárea parece estar indicada casi en todos los problemas obstétricos como el medio para evitar los malos resultados posibles del nacimiento.

En tanto que la decisión para efectuar una cesárea se tome en beneficio materno y fetal la justificación será correcta.

La cesárea esta cambiando en los últimos años de ser una intervención de necesidad a una intervención de elección, con mayores resultados maternos y con resultados fetales definitivamente superiores.

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.

Es evidente el incremento de cesáreas en las últimas décadas tanto en el medio privado como a nivel institucional, basta decir que en EUA, en los últimos 10 años se practicaban 5.8% de cesá -- reas hacia principios de 1980, la frecuencia fué de 15.28% es decir más de 100% de incremento.

Este incremento también se ha verificado en nuestro medio y así tenemos que hacia los 60's el porcentaje era del 5.5% (Kar - chmer y Cols) y que actualmente tenemos un porcentaje del 22% de operaciones obstétricas por cesáreas en relación al Número de nacidos vivos en la Unidad. Este incremento, quizás justificado -- por tratarse de un hospital de concentración y por otro lado en -- contramos que existen nuevas tendencias para la resolución del em -- barazo de alto riesgo, por vía abdominal, principalmente observa -- do en lo referente a: sufrimiento fetal, diabética embarazada, -- pre eclampsia severa y también en las distocias de presentación, -- caso concreto en la presentación pélvica.

En el presente estudio encontramos los siguientes resultados:

En primer lugar observamos el incremento de la operación ce -- sárea en relación con otras épocas y también con relación a otras instituciones, teniendo actualmente un porcentaje entre el 18 y - 22% de cesáreas con respecto a los nacidos vivos.

La indicación principal encontrada en el presente estudio -- fué por mucho la desproporción cefálo pélvica, encontrando 32.00%

en las indicaciones, seguida de la cesárea iterativa y posteriormente presentación pélvica 12%.

Se observa que la edad más frecuente fué entre los 20 y 30 años correspondiendo al 63.00%, hecho comprendido por ser la población más elevada en esta etapa fértil.

El número de gestaciones de las pacientes fué primordialmente en Primigestas 39.00% y secundigestas 26.00%. Asimismo, la cesárea primaria ocupó el primer lugar en cuanto a indicación, --- 52.00% y la cesárea repetida, en 34.00% de los casos, la cesárea iterativa como tercer lugar con 14%.

Se efectuaron con más frecuencia cesáreas urgentes 81%, que cesáreas programadas 19.00% únicamente.

Se encontró que un porcentaje elevado de pacientes presentaban complicaciones en el embarazo o bien enfermedades intercurrentes, 27.00%; siendo las causas más frecuentes la pre-eclampsia, --- así como infección de vías urinarias y amenaza de parto pretérmino.

La edad gestacional en semanas también se analizó encontrando el mayor porcentaje entre las semanas 37 y 42; casi el 88.00%.

Presentaron trabajo de parto el 28.8% de las pacientes estudiadas; así mismo encontramos que un 8.00% de las pacientes presentaban ruptura prematura de las membranas ovulares, encontrando casi un 7.00% con más de 12 horas de período de latencia, hecho importante ya que ambos parámetros estuvieron en relación directa con la presencia de morbilidad materno-fetal.

La anestesia utilizada para mejores resultados materno fetales fué el BPD efectuada en el 96.21% de los casos y la anestesia general únicamente en 3.79%, utilizando este procedimiento exclu-

sivamente cuando se trataba de problemas maternos relevantes.

El uso de antibióticos profilácticos fué exclusivamente en 77.00% de los casos, en otros estaba indicado 7.00%, principalmente en los casos en los que se encontraba antecedente de ruptura de membranas de más de 12 horas de latencia. Encontramos un incremento en la morbilidad materna, pues en las complicaciones --- transoperatorias encontramos 12.00%, siendo la principal causa la prolongación de la comisura en la histerectomía y posteriormente la hemorragia. También en las complicaciones post operatorias el incremento se hizo ostensible, en relación con estudios previos, pues encontramos un 33%, siendo la principal causa la anemia --- post operatoria y síndrome febril.

El peso de los productos , encontramos que la mayor frecuencia es en productos de 3600 grs a 4000 grs y la valorización de APGAR 8-10 fué la más importante. Por otro lado cabe señalar que encontramos un incremento de la morbilidad fetal, en relación con otros estudios, encontrando 11.00% en nuestro estudio, siendo la principal causa el SIRD, seguido de la hipoxia, encontrando un porcentaje representativo de ictericia e infección.

BIBLIOGRAFIA . -

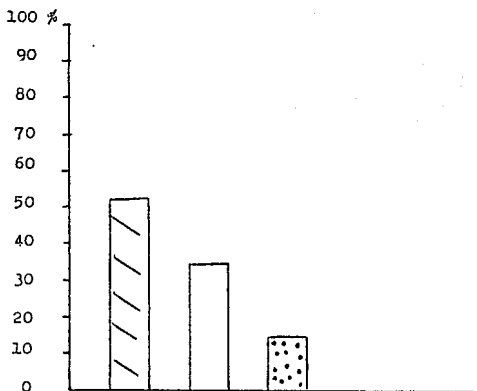
- 1.- Castelazo,A.L. : Conceptos actuales sobre la operación cesárea. Bac.-Méd. Méx. 87: 237, 1957.
- 2.- Espinoza de los Reyes.V. ; Ruiz Velasco,V.y Saldaña,G.R.: Morbimortalidad materno fetal en 3000 operaciones cesáreas. Ped. pub.
- 3.- Karchmer,K.S.E.; Vargas, M. Arceo y Ramírez.E: Operación-cesárea análisis de 1000 casos. Rev. Fac. Méd.Méx.8:239,-1966.
- 4.- Septién. J.M., y Romero.G.I.: Operación cesárea en multíparas. Ginec. Obstet. Méx. 26: 158, 1969.
- 5.- Topate.O.L.M; Ballesteros, S.A, y Carranza,P.A.: Revisión de 100 casos de cesárea. Rev. Méd. ISSSTE. 6: 1, 1971.
- 6.- Ruiz,V.V: Espinoza,D.R.y Saldaña,R.; Frecuencia e indicaciones actuales de la operación cesárea, Estudio 4000 casos. Ginec. Obste. Mex. 25; 149, 1969.
- 7.- Rodríguez.A.J.: Estado actual de la operatoria obstétrica Avances en Ginec. y Obstet. AMGO, Oct- 1983: 152.
- 8.- Pérez Segura J.: Implicaciones perinatales en la operación cesárea. AMGO. Urgencias en Ginec. y Obstet. Mayo --1984: 167.
- 9.- Espinoza de los Reyes. V: Morbilidad de la operación. Memoria del curso Controversias en Ginec. y Obstet. AMGO , -1982.
- 10.- Septién J.M.: Olivares.T.G.: Cesárea. Padoo, Presente y - Futuro. Operatoria Obstétrica básica. AMGO,Septiembre ---1983.

- 11.- Hinojosa, C. y Cols: Cesárea. Resultados en 300 casos, ---
Ginec. Obstet. de Méx. Vol. 31. Abril de 1972.
- 12.- Topete, O.L. y Cols. Revisión de 175 cesáreas en el centro-
Hospitalario " Fernández Quiróz ". Vol. 30. Julio de 1971.
- 13.- Wulfovich, B.M., Karchmer S. : Operación cesárea en la ---
gran múltipara. Ginec. Obst. de Méx. Vol. 20. Septiembre-
Octubre de 1965.
- 14.- Amirikia, H.; Zarewich. B.; Evans, T.: Cesarean Section : -
A 15-years, Review of changing Incidence, Indications and
Risks. A.J. Obstet & Gynecol. 140:81. 1981.
- 15.- Manual de normas y Procedimientos en Obstetricia. Documen-
to interno. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4. " Dr. -
Luis Castellazo Ayala ".
- 16.- Blanco JD, Diaz KC, Lipscomb KA, Braun D, Gibbs RS. Chlamy-
dia trachomatis osilation in patients with endometritis -
after cesarean scction. Am J Obstet Gynecol 1985;152:278.
- 17.- Molden P, Hokegard H-K, Nielsen TF. Cesarean section and-
maternal mortality in Sweden 1973-1979. Acta Obstet Gyne-
col Scand 1984; 63:7.
- 18.- Wallace RL, Eglinton GS, Yonekura ML et al: Extraperito--
neal section: a Surgical form of infection prophylaxis? -
Am J Obstet Gynecol 1984; 148:172.
- 19.- 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.

- 20.- Frigoletto FD, Ryan KJ, Phillippe M. Maternal mortality - rate associated with cesarean section: un appraisal. Am J Obstet Gynecol 1980; 136: 969.
- 21.- Flamm BL, Dunnett C, Fischermann E, Quilligan EJ. Vaginal delivery following cesarean section: use of oxytocin -- augmentation and epidural anesthesia with internal tocodynamic and internal fetal monitoring. Am J Obstet Gynecol 1984; 148:759.
- 22.- Graham AR. Trial of labor following previous cesarean --- section. Am J Obstet Gynecol 1984; 149:35.
- 23.- Gilstrap LC, Hauth JC; Toussaint S. Cesarean section: -- changing incidence and indications. Obstet Gynecol 1984;- 63:205.
- 24.- O'Driscoll K, Foley M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. -- Obstet Gynecol 1983; 61:1.

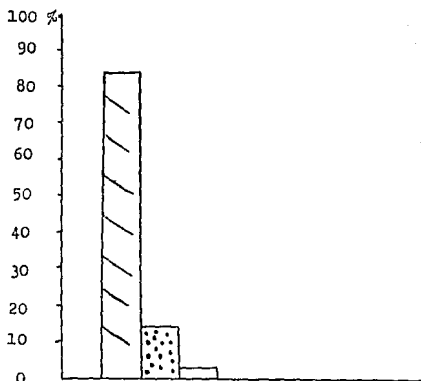
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TIPO DE CESAREA



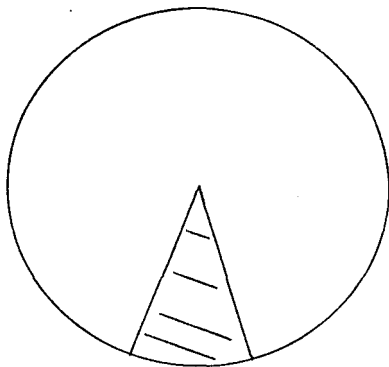
⊖	Primaria	52 %
○	Repetida	34 %
⊙	Iterativa	14 %

DIAGNOSTICO DE EDAD GESTACIONAL



- Ⓜ FUM o Clínica 84.2 %
- Ⓞ Radiología 13.0 %
- Ultrasonido 2.8 %

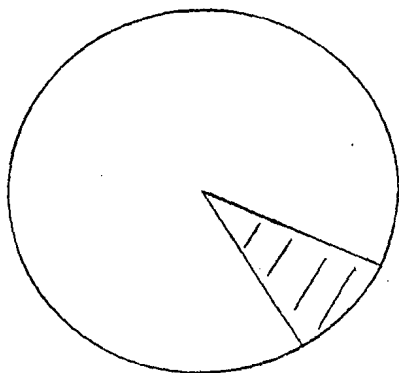
PACIENTES



○ Con Trabajo de Parto 71.2 %

① Sin Trabajo de Parto 28.8 %

CESAREA



URGENTE

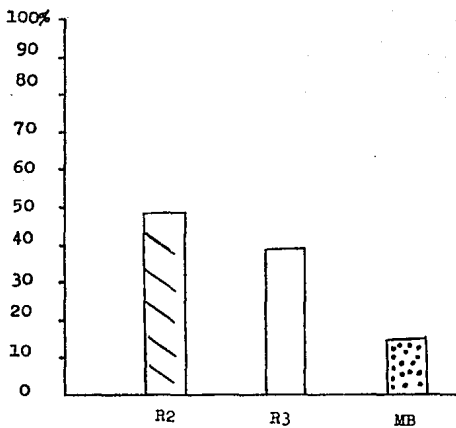
61%



PROGRAMADA

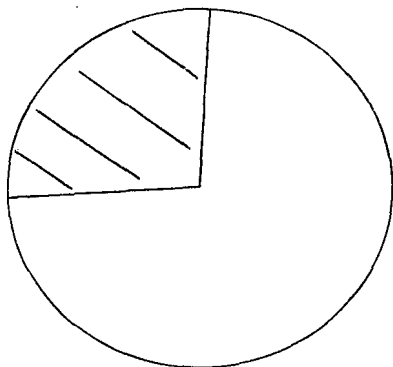
19%

CIRUJANO QUE EFECTUO LA CESAREA



⊘	R2	48 %
○	R3	38 %
⊙	MB	14 %

EMBARAZO COMPLICADO

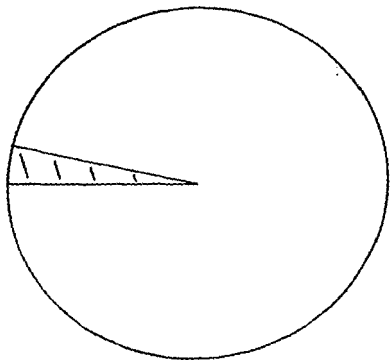


Ⓢ SI 27 %

○ NO 73 %

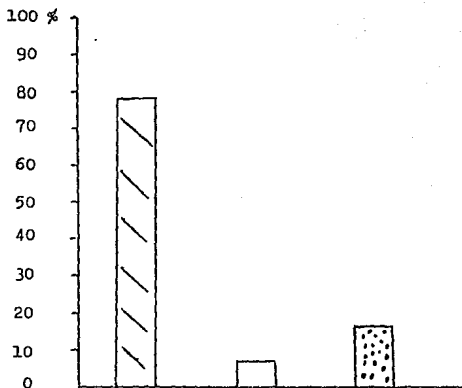
- Preeclampsia leve 10 %
- Preeclampsia severa 7 %
- Inf. vias urinarias 4 %
- Diabetes Mellitus 3 %
- Placenta Previa 2 %
- Emb. Prolongado 1 %

ANESTESIA EMPLEADA



○ BPD 96.21 %
Ⓜ General 3.79 %

USO DE ANTIBIOTICOS



- ⊘ Profiláctico 77 %
- Indicado 7 %
- ⊙ No usado 16 %