

11217
184
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**FAC. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DE MEDICINA HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
CENTRO MEDICO NACIONAL
ABR. 15 GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"
REGISTRADO EN SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
MDMR**

**ESTADO ACTUAL DE LA CESAREA
EN EL H.G.R. No. 36**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A
DRA. PATRICIA ZALDIVAR HUERTA**

**A S E S O R
DR. ANGEL LOPEZ FARFAN**



IMSS

PUEBLA, PUE.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

[Handwritten signature and scribbles]

SECRETARIA DE EDUCACION
COM. MANUEL AVILA CAMACHO
★ 1954 ★
HOSP. GRAL. REGIONAL No. 35
SECRETARIA DE ENSEÑANZA
& INVESTIGACION

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36
CENTRO MEDICO NACIONAL "MANUEL AVILA CAMACHO"

ESTADO ACTUAL DE LA CESAREA EN EL
H.G.R. No. 36

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. PATRICIA ZALDIVAR HUERTA

A S E S O R

DR. ANGEL LOPEZ FARFAN

PUEBLA, PUE.

1994.

I N D I C E

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION. | 1 |
| ANTECEDENTES CIENTIFICOS. | 2 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. | 7 |
| OBJETIVOS | 8 |
| HIPOTESIS | 8 |
| MATERIAL Y METODOS. | 9 |
| RECURSOS PARA LA INVESTIGACION | 10 |
| HOJA DE RECOLECCION DE DATOS | 11 |
| RESULTADOS | 12 |
| CONCLUSIONES | 22 |
| BIBLIOGRAFIA | 24 |

DEDICATORIA .

A MI PADRE :

Qué su recuerdo es un motivo constante de superación a lo largo de mi preparación profesional.

A MI MADRE :

A quien debo todo lo que soy, y me guió para alcanzar una de las mejores metas de mi vida.

.....DIOS TE BENDIGA.

A PEDRO, NACHO, CHIVIS :

Qué me han demostrado siempre su hermandad y han tenido confianza en mí.

A MIS COMPAÑERAS :

En especial a :Alma, Bazán, Gemma, Gris, por su amistad qué me han otorgado y por los momentos - que durante estos tres años pasamos.

A ROSENDO MORENO :

Por ser la persona especial en mi vida.

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

La cesárea es una intervención encaminada a la extracción del feto por medio de una incisión abdominal y de la pared uterina. Al mejorar las técnicas quirúrgicas han disminuido la mortalidad y las complicaciones es más baja. (10).

La operación césarea , tal vez tan antigua como la humanidad, ha pasado por una serie de transformaciones hasta llegar a ser el inocuo procedimiento que hoy conocemos. (7)

Su frecuencia varía de un centro a otro, de acuerdo en función tanto del tipo de pacientes que asiste, como de los criterios adoptados para su indicación. (9,10,15)

Apenas utilizada a finales del siglo pasado por la elevada mortalidad materna. En estos últimos 20 años se ha triplicado, y actualmente se encuentra en un período de revisión crítica.

Una explicación de la técnica quirúrgica no sería completa si solo revisara la historia o comprendiera las tendencias sin enfocar dos aspectos importantes como son : Cuándo debe realizarse y cómo. Lo uno es tan importante como el otro y desafortunadamente el momento de la realización de la cesárea en la actualidad es un interrogante discutible y complicado . Por lo que es importante que el médico tenga una noción histórica para adquirir bases sólidas para adoptar la decisión con muy buenas razones para la indicación quirúrgica ; teniendo como objetivo final una valides retrospectivamente como prospectivamente firme.

El incremento de las indicaciones refleja una preocupación constante del obstetra de ofrecer un mejor futuro a la madre y al producto y quizá esto sustituya las maniobras vaginales riesgosas. (5,16).

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La operación cesárea a pesar de ser una de las intervenciones más antiguas de los que se tienen antecedentes ; es sin embargo uno de los procedimientos relativamente joven ; en cuanto a su uso habitual en la practica obstétrica.

El termino "Cesárea" nada tiene que ver con el nacimiento de Julio Cesar . Se describe que se realizó un decreto que supuestamente continuó bajo el poder de los Césares, desde el tiempo de Numa Pompilius - (715-672 a.c.), según el cual se obligaba que antes del entierro de la madre , el niño se extrajera de la mujer que muriera al final del embarazo .Se tiene antecedentes de la Cesárea desde el año de 1500- a.c., desde entonces se han descrito muchos métodos para refinar el procedimiento y mejorar la evolución materno fetal . Los mitos del pasado han sido substituidos por la controversia en cuanto a los motivos dudosos para la frecuencia con que se realiza esta operación en la actualidad. (2,7)

Al parecer el nacimiento por cesárea ha tenido una influencia positiva en la evolución fetal con una morbilidad materna aceptable. (7)

La cesárea es un método quirúrgico más frecuentemente utilizado en obstetricia y uno de sus objetivos es la de disminuir la morbimortalidad fetal.(8) Pocos procedimientos obstétricos han tenido una gran influencia e impacto como el de la cesárea, del cual ha tenido un gran incremento en las dos últimas décadas. (1,2,3,17). Además se ha convertido en preocupación tanto para el obstetra , pediatra, y como para el público en general. (2,15).

En E.E.U.U., en 1970 el 5.5% de los nacimientos fueron por operación cesárea ; y en 1988 se incremento hasta un 24.7%, en el 95% de las mujeres que se les realizo operación cesárea requirieron de la misma en embarazos subsecuentes.(1,4,8,9).

En México en 1969 se tenían reportes de un 2.2%, y en 1986 se incremento a un 36.7% (14).

DEFINICION :

La operación cesárea o parto por cesárea se define como la extracción del feto a través de una incisión de la pared abdominal y uterina, ya sea vivo o muerto , y posterior a la semana 28 de gestación. (2,10,19).

INDICACIONES :

Se han clasificado las indicaciones en maternas y fetales según el origen de la misma. (7)Teniendo :

I.-CAUSAS MATERNAS:

- 1.-Cesárea iterativa
- 2.-Distocia ósea
- 3.-Distocia de contracción
- 4.-Distocia de partes blandas
 - *Edema
 - *Tumor previo
- 5.-Sangrado
 - *Placenta previa
 - *D.P.P.N.I.
- 6.-Enfermedades generales
 - *Isoinmunización materno fetal
 - *Diabetes
 - *Preeclampsia y Eclampsia
 - *Nefropatías
 - *Neoplasias
 - *Neuromopatías
- 7.-Otras
 - *Producto valioso
 - *Primigesta añosa
 - *Postmortum
 - *Operaciones ginecológicas previas

II.-CAUSAS FETALES

- 1.-Sufrimiento fetal agudo
- 2.-Situaciones anómalas
- 3.-Anomalías de presentación
- 4.-Prolapso de cordón
- 5.-Malformaciones fetales
- 6.-Embarazo gemelar
- 7.-Brevedad de cordón
- 8.-Otras
 - *Isoinmunización materno fetal
 - *Retardo en el crecimiento
 - *Muerte habitual "in utero"
 - *Embarazo prolongado

CONTRAINDICACION :

Las contraindicaciones encontradas fueron subjetivas ya que solo referían la práctica del médico, así como la muerte intrauterina del feto, y la presencia de cicatrizaciones amplias en abdomen por ejem.: quemaduras, ya sean antiguas o recientes. (5)

MORTALIDAD MATERNA :

La mortalidad materna actualmente debe ser negativa. En 1964-1972, solo se registro una muerte de 2563 operaciones. El progreso se debe ha : (5) (12)

- 1.-Uso de farmacos.
- 2.-Reposición de sangre rápida y adecuada.
- 3.-Perfeccionamiento de la técnica.
- 4.-Mejorara las indicaciones de la operación.
- 5.-Seleccionar el mejor momento para la operación.

MORBILIDAD MATERNA

El índice varia de 10-80% y depende de el tipo de cesárea y su indicación, la infección intrauterina es la causa más frecuente, y determinante.(5)

MORTALIDAD PERINATAL

La operación cesárea que se practica con la obtención de un recién nacido prematuro siempre ha tenido como resultado una elevada mortalidad, así como la enfermedad de la membrana hialina que se correlaciona con la edad gestacional. (5,13).

MORBILIDAD PERINATAL

Es difícil evaluar la verdadera frecuencia de la morbilidad perinatal con la operación cesárea ya que depende de la edad gestacional, edad de la madre, anestesia empleada, y técnica utilizada. (5).

TECNICA QUIRURGICA

De las técnicas quirúrgicas transperitoneales que son las utilizadas en la actualidad, se pueden describir 5 tipos:

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

De éstas la más usada es la segmentaria transversa-arciforme, ya que en caso de prolongación de la herida, evitamos lesionar los vasos uterinos.(5,7).

A N E S T E S I A :

Como norma general , la elección del método anestésico va supeditado a la urgencia y no al acto quirúrgico. En caso de ser cirugía programada preferimos el bloqueo peridural, ya que es más seguro para el feto y la recuperación anestésica es más sencilla. En caso de ser una urgencia se prefiere la anestesia general, por la rapidez de la inducción y eso nos permite extraer más rápidamente al feto.(7).

En resumen.-La elección de la anestesia depende en primer termino de acuerdo a la técnica y de la -- experiencia de quien realice la operación cesárea.

Otro factor que deberá considerarse la urgencia, las condiciones de la madre y del feto , la fisiopatología asociada con la indicación de la operación cesárea , la técnica del obstetra y los deseos y estado emocional de la paciente. (5)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen algunos criterios que incrementan las indicaciones de la operación cesárea, en las que se pueden contar entre ellas algunas situaciones maternas graves como: Preeclampsia, Diabetes, Hipertensión, anomalías de la placenta, etc. O bien en relación al producto, tales como: Retraso en el crecimiento intrauterino, prematuridad, o bien ruptura prematura de las membranas.

La motivación de este estudio es el análisis de esta práctica obstétrica que se ha hecho cotidiana, valorar el impacto de las cifras de morbi-mortalidad materna y fetal teniendo como base el Hospital General de Zona No 36, de Puebla; ya que el porcentaje de esta intervención se ha elevado.

De septiembre de 1992 a septiembre de 1993, se registraron 16,603 nacimientos, siendo 10,905 partos vaginales, y 5 698 fueron por operación cesárea que corresponde a un 34.3%.

El análisis tratara de determinar las causas de cesáreas más frecuentes en H.G.R. no 36° Puebla, así como para buscar medidas y lograr disminuir la frecuencia e incidencia de la misma.

O B J E T I V O S :

- 1.- Identificar las causas más frecuentes de la operación cesárea .
- 2.- Valorar la morbilidad materna y fetal en la operación cesárea.
- 3.- En base al análisis determinar un método preventivo para disminuir la incidencia y morbilidad.

H I P O T E S I S :

- 1.- La operación cesárea tiene indicaciones variables para su justificación y realización.
- 2.- La operación cesárea no tiene indicación específica.

U N I V E R S O :

Este estudio abarca la población que ingresa al servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital General - de Zona No 36, de mujeres embarazadas que concluyeron en operación cesárea.

MATERIAL Y METODOS.

Es un estudio retrospectivo ,observacional,descriptivo, longitudinal. Del cual se revisara cada uno de los expedientes clínicos que conlleva a un diagnóstico ,indicación, evolución,y factores de riesgo del producto y de la madre.

Se expondrá un total de casos correspondientes a el mes de Septiembre - Octubre de 1993.

Se anexa hoja de recolección de datos.

CRITERIOS DE INCLUSION :

Todas las pacientes embarazadas que ingresan al servicio de Obstetricia siendo la vía de resolución de el embarazo la vía abdominal .

CRITERIOS DE EXCLUSION :

No existentes.

ANALISIS DE CASOS:

Se realizará los resultados en tazas y porcentajes.

RECURSOS PARA LA INVESTIGACION :

RECURSOS MATERIALES :

Se utilizara como base el Hospital General Regional de Zona No 36, del I.M.S.S., pertenecientes al C.M.N. "M.A.C."

RECURSOS FINANCIEROS :

Expedientes clínicos.

RECURSOS HUMANOS :

Médico Residente del tercer año de la especialidad de Gineco - Obstetricia.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

NOMBRE _____

AFILIACION _____

EDAD _____ EDAD GESTACIONAL _____

GESTA _____ PARA _____ ABORTOS _____ CESAREAS _____

INDICACION DE LA CESAREA ACTUAL _____

URGENCIA _____ PROGRAMADA _____

INDICACION MATERNA _____

INDICACION FETAL _____

INDICACION OBSTETRICA _____

PESO DEL PRODUCTO _____ APGAR PRODUCTO _____

PATOLOGIA DEL PRODUCTO _____

TIPO DE HISTEROTOMIA _____

PROCEDIMIENTO ANESTESICO _____

COMPLICACIONES _____

FECHA _____

RESULTADOS

FRECUENCIA :

En el período del 26 de Septiembre al 25 de Octubre se realizaron 462 operaciones cesáreas , de los cuales solo se analizaran 349 casos de este total, por ser el número de casos completos y disponibles.

EDAD Y PARIDAD:

Solo dos casos ocurrieron en menores de 15 años (.5%), 48 casos ocurrieron entre los 15 y 19 a. (14%), 245 casos (70%), entre los 20 y 30 años, 52 casos entre los 31 y 40 años (15%) , y solo dos casos más en mujeres de más de 40 años el cual corresponde al .5% Cuadro No 1.

En cuanto a la paridad : 145 casos (42%) fueron Gesta I; 113 casos (32%) Gesta II, 59 casos (17%) a Gesta III, y en 32 casos (9%), a Gesta IV o más. Cuadro No 2.

TIPO DE CESAREA :

La cesárea fue primaria en 190 casos (54%), repetitiva en 118 casos (34%), e Iterativa en 41 casos (12%). Fue cesárea urgente en 299 casos (86%) , y programada en 50 casos (14%). Cuadro No 3.

INDICACIONES :

La desproporción céfalo-pélvica fue la indicación más frecuente (48%), seguida del sufrimiento fetal en 62 casos siendo el 18%. La cesárea Iterativa correspondio al 11%, la presentación pélvica (7%), Toxemia (5%), R.P.M. (4%). Cuadro No 4.

A N E S T E S I A :

El procedimiento empleado fue el bloqueo epidural en 332 casos(95%); y en anestesia general en solo 17 casos (5%). Cuadro No 5.

I N S I C I O N :

El tipo de incisión utilizado en un mayor porcentaje fue el de tipo Kerr (segmento transversa - arciforme) (99%); y solo en dos casos segmento corporal (1%). Cuadro No 6.

COMPLICACIONES :

Hubo solo 19 casos (5%), que corresponden a las complicaciones transoperatorias siendo las hipotonias uterinas transitorias en 7 casos, prolongación de la comisura en 5 casos, hemorragias secundaria a lesion de vasos en dos casos, y traumatismo vesical en 4 casos. La presencia de adherencias en 20 casos fueron reportados como dificultad técnica por cirugias previas.

Las complicaciones pos-operatorias se reportaron en 14 casos (4%), siendo solo comentadas las endometritis en 4 casos y absesos con dehiscencia de herida quirúrgicas en 10 casos .Cuadro 7 y 8.

PLANIFICACION FAMILIAR :

Se realizaron un total de 83 oclusiones tubarias bilateral siendo el 24%. y aplicación de Diu trans-cesáreas de 78 representa el 22%. Cuadro No 9.

EDAD GESTACIONAL Y PESO DE PRODUCTOS :

La edad gestacional en el momento de la césarea

fue de 30 a 33 semanas solo en un caso, (0.2%); de 34 a 36 semanas 18 casos (5%), de 37 a 40 semanas en 249 casos (71%), de 40 a 41 semanas en 68 (19%), en más de 42 semanas solo en 13 que representa el 4%. Cuadro No 10.

El peso de los productos al nacimiento fue menor de 2 000 grs. solo en 7 casos (2%), de 2 000 a 2 500 grs en 29 casos (8%), de 2 500 a 3 000 grs. 85 casos (23%), de 3 000 a 3 500 grs. en 176 casos (49%), de 3 500 a 4 000 grs 53 casos (15%), y de más de 4 000 en 11 casos (3%). Cuadro No 11.

APGAR Y MORBIMORTALIDAD PERINATAL :

El Apgar a los 5 minutos fue de 2 a 4 en 9 casos de 4 a 6 en 13 casos, de 6 a 8 en 62 casos, y de 8 a 10 en 277 casos. Cuadro No 12.

Se presentaron complicaciones neonatales tales como : Hipoxia recuperable en 40 casos (11%), Taquipnea transitoria del recién nacido en 24 casos, Síndrome de aspiración de meconio en 10 casos, y la presencia de malformaciones congénitas en 8 casos.

Cuadro No 13.

No se reporto ninguna muerte perinatal inmediata, así como hasta la estancia hospitalaria de la madre.

ESTADO ACTUAL DE LA CESAREA EN EL H.G.R. No 36.**EDAD DE LAS PACIENTES.
CUADRO 1.**

| <u>EDAD</u> | <u>CASOS</u> | <u>PORCIENTO</u> |
|--------------|--------------|------------------|
| -15 | 2 | .60 |
| 15-19 | 48 | 13.80 |
| 20-30 | 245 | 70.30 |
| 31-40 | 52 | 14.90 |
| + 40 | 2 | .60 |
| <u>TOTAL</u> | <u>349</u> | <u>100.00</u> |

*Fuente: expedientes clínicos.

**PARIDAD DE LAS PACIENTES
CUADRO 2.**

| <u>GESTA</u> | <u>CASOS</u> | <u>PORCIENTO</u> |
|--------------|--------------|------------------|
| I | 145 | 41.5 |
| II | 113 | 32.4 |
| III | 59 | 16.9 |
| IV o más | 32 | 9.2 |
| <u>TOTAL</u> | <u>349</u> | <u>100.0</u> |

*Fuente: expedientes clínicos.

ESTADO ACTUAL DE LA CESAREA EN EL H.G.R. No 36.

CUADRO 3.

| TIPO DE CESAREA | CASOS | PORCENTAJE |
|------------------------|--------------|-------------------|
| PRIMARIA | 190 | 50.0 |
| REPETITIVA | 118 | 34.0 |
| ITERATIVA | 41 | 12.0 |
| URGENTE | 299 | 86.0 |
| PROGRAMADA | 50 | 14.0 |

*Fuente: expedientes clínicos.

CUADRO 5.

| ANESTESIA | CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------|--------------|-------------------|
| BLOQUEO EPIDURAL | 332 | 95.0 |
| ANESTESIA GENERAL | 17 | 5.0 |
| TOTAL | 349 | 100.0 |

ESTADO ACTUAL DE LA CESAREA EN EL H.G.R. No 36.
CUADRO 4.

| <u>INDICACIONES</u> | <u>CASOS</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|-------------------------------|--------------|-------------------|
| D.C.P. | 167 | 48.0 |
| S.F.A. | 62 | 18.0 |
| C.ITERATIVA | 39 | 11.0 |
| P.PELVICA | 25 | 7.0 |
| TOXEMIA | 19 | 5.0 |
| R.P.M. | 14 | 4.0 |
| EMBARAZO PROLONGADO | 13 | 4.0 |
| EMBARAZO GEMELAR | 6 | 2.0 |
| PLACENTA PREVIA | 4 | 1.0 |
| FALTA DE PROGRESION DE T DE P | 3 | 0.8 |
| D.P.P.N.I. | 3 | 0.8 |
| PRIMIGESTA AÑOSA | 2 | 0.5 |
| CONDILOMATOSIS | 2 | 0.5 |

CUADRO 6.

| <u>INCISION UTERINA</u> | <u>CASOS</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|-------------------------|--------------|-------------------|
| TIPO KERR | 347 | 99.0 |
| CORPORAL | 2 | 1.0 |
| TOTAL | 349 | 100.0 |

ESTADO ACTUAL DE LA CESAREA EN EL H.G.R. No 36.

CUADRO 7.

| <u>COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS</u> | <u>CASOS</u> |
|--|--------------|
| HIPOTONIAS UTERINAS TRANSITORIAS | 7 |
| PROLONGACION DE LA COMISURA | 5 |
| TRAUMATISMO EN VEJIGA | 4 |
| HEMORRAGIAS | 2 |

*Fuente: expedientes clínicos.

CUADRO 8.

| <u>COMPLICACIONES POSOPERATORIAS</u> | <u>CASOS</u> |
|--------------------------------------|--------------|
| DEHICENCIAS DE HERIDAS QUIRURGICAS | 10 |
| ENDOMETRITIS.DESIDUO. | 4 |

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ESTADO ACTUAL DE LA CESARSA EN EL H.G.R. No 36.

CUADRO 9.

PLANIFICACION TEMPORAL.

| METODO | CASOS | PORCENTAJE |
|----------------------------|--------------|-------------------|
| DEFINITIVO (O.T.B.) | 83 | 24.0 |
| TEMPORAL (D.I.U.) | 78 | 22.0 |
| TOTAL | 161 | 46.0 |

CUADRO 10

| EDAD GESTACIONAL | CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------------|--------------|-------------------|
| 30 a 33 semanas | 1 | 0.2 |
| 34 a 36 semanas | 18 | 5.0 |
| 37 a 40 semanas | 249 | 71.0 |
| 40 a 41 semanas | 68 | 19.0 |
| Más de 42 semanas | 13 | 4.0 |

ESTADO ACTUAL DE LA CESAREA EN EL H.G.R. No 36.

CUADRO 11.

| <u>PESO DEL PRODUCTO grs</u> | <u>CASOS</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|------------------------------|--------------|-------------------|
| - de 2000 grs | 7 | 2.0 |
| 2000 - 2500 | 29 | 8.0 |
| 2500 - 3000 | 85 | 23.0 |
| 3000 - 3500 | 176 | 49.0 |
| 3500 - 4000 | 53 | 15.0 |
| Más de 4000 | 11 | 3.0 |

*Fuente: expedientes clínicos.

CUADRO 12.

| <u>APGAR A LOS 5 MINUTOS</u> | <u>CASOS</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|------------------------------|--------------|-------------------|
| 2 a 4 | 9 | 2.4 |
| 4 a 6 | 13 | 3.6 |
| 6 a 8 | 62 | 17.1 |
| 8 a 10 | 277 | 76.7 |

*Fuente: expedientes clínicos.

ESTADO ACTUAL DE LA CESAREA EN EL H.G.R. No 36.

CUADRO 13.

| <u>COMPLICACIONES NEONATALES</u> | <u>CASOS</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|-----------------------------------|--------------|-------------------|
| HIPOXIA RECUPERABLE | 40 | 11.0 |
| TAQUIPNEA TRANSITORIA | 24 | 7.0 |
| SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO | 10 | 8.0 |
| MALFORMACIONES CONGENITAS | 8 | 2.0 |

CONCLUSIONES :

Del análisis de este estudio se observa la tendencia progresiva en el incremento en la indicación y práctica de la operación cesárea , tendencia que parece no modificarse en la actualidad.

Con respecto a la edad se observó que existe un decremento en los pacientes a los extremos de la vida menos de 15 años y más de 40 años, alguna causa pudiera ser que la tendencia actual al iniciar y completar más tempranamente el ciclo reproductivo.

En cuanto a la paridad de las pacientes se observa una mayor tendencia a las primigestas, seguida de las que se encuentran en la segunda gesta.

Las indicaciones más frecuentes a través de este estudio es sin duda la desproporción céfalopelvica , seguida del sufrimiento fetal, teniendo un incremento en forma progresiva la cesárea iterativa, otras indicaciones que han tenido una gran importancia son las de anomalías fetales encabezandolas las de presentación pelvica . Otras como la toxemia , y la de ruptura prematura de membranas tambien tiene importancia por salvaguardar la integridad del binomio , no así como ha disminuido la indicación de Desprendimiento prematuro de placenta , ó bien entre otras como la de madre primigesta añosa , o por infecciones venéreas (condilomatosis), que obstruyen el canal del parto . Quizá debido a la disponibilidad de métodos , diagnósticos más certeros y a conductas obstetricas conservadoras en el embarazo pretermino o bien sí el sangrado no pone en riesgo la integridad del binomio.

Otro aspecto importante es la presencia de cirugía programada es un porcentaje muy bajo en relación a las cesáreas de urgencias.

Los procedimientos anestésicos han sufrido a través de los años , siendo en la actualidad el bloqueo epidural el procedimiento de elección.

La morbilidad materna en relación al estudio de acuerdo a las complicaciones infecciones es bajo.

sin embargo es digno de mencionarse ya sea para meditar sobre la indicación de la cesárea y tener en cuenta los principios de asepsia y técnica quirúrgica . No se registro ninguna mortalidad materna .

La operación cesárea ha sido valiosa para la disminución de las tasas de mortalidad perinatal, aunado a los progresos recientes en los cuidados perinatales , sin embargo cabe mencionar que las hipoxias - fetales aún recuperables afectan al producto, o bien como en Síndrome de aspiración de meconio, siendo ésta patología la que produjo más días de estancia hospitalaria a los productos.

Finalmente, podemos concluir diciendo que los beneficios y virtudes de la operación cesárea no tiene discusión en sus indicaciones, sin embargo su práctica no esta exenta de riesgos ,por lo cual su indicación debe de constituir un motivo de una buena reflexión para el gineco-obstetra y no considerarlo un procedimiento terapéutico más dentro de la práctica cotidiana.

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

- 1.- Amirikia H, Zarewyoh B, Evans T. Cesarean section a 15 years review of changing incidence, indications and risk. Am J. Obstet Gynecol. 140:81;1981.
- 2.- Bottoms, S.R., Rosen.M.G., Sokol, R.J.; The increase in the cesarean birth rate. New English J. Med. 302;559.1980.
- 3.- Chavéz A.J., Soberón A.J., Castelazo A.L. Operación cesárea y mortalidad materna . Factores predisponentes . Ginec Obstet Mex. 22:163. 1970.
- 4.- Diane Gordon, MS; MPH; John Miberg and et. Advanced maternal age as a risk factor cesarean delivery. Obstet and Gynecol 77:4;493-497.1991.
- 5.- Douglas-Stromme. Obstetricia Operatoria. Operación cesárea . Editorial LIMUSA. 1988, pagina: 717 - 774.
- 6.- Espinosa de los Reyes , V; Rufz, V.V.; Saldaña G.R. Morbimortalidad materna y fetal en 3000 operaciones cesáreas Ginec Obstet Mex 28:613. 1970.
- 7.- Eduardo Nuñez Maciel Dr. Ginecología y Obstetricia . Operación cesárea. A..H.G.O. No 36 I.M.S.S. tercera edición, 1989. 603 - 610.
- 8.- Harvey A. Gabert , Mohammed Bey .Historia y desarrollo de la cesárea. Temas actuales de Ginec. Y Obstet . Edit. Interamericana 4; 591.1988.
- 9.- Holland J.G., Allen R. Dupre; Pamela G. and et. Trial of labor after cesarean delivery experience in the non University Leve II Regional Hospital Settting. Obstet and Gynecol 79:6;936-938. 1992.
- 10.- J. Esteban Altirriban. Licenciatura Obstetricia. Editorial Salvat 1990. pag 307-308.
- 11.- Manual de procedimientos en obstetricia. Operación cesárea "Luis Castelazo Ayala" I.M.S.S. 330. 1990.

- 12.--Manyoda, I.T. and Varne, T.R. Massive Obstetric hemorrhage due to placenta previa - accreta with - prior cesarean section . Int.J.Gynecol Obst. 34;183-189. 1990.
- 13.--Mollody, M.D. Michael L. y N. Onstad wreigh Elizabeth . The effect of cesarean delivery on - birth out come. In very low birth weigh infants. Obst and Gynecol 77:4;498-503. 1991.
- 14.--Panduro B.J.G., Panduro B.J.L.; Guzmán S.A. et al Análisis de 500 cesáreas practicadas por un residente . Gynecol. Obst. Mex. 56; 149-152. 1988.
- 15.--Randall, S. Stafford PhD; Sean D. Sullivan and et al Trend in cesarean section use in California 1983 -1990. Am.J. Obstet Gynecol. 168:4; 1297-1302 1993
- 16.--Roemer, F.J. MD. D. Rowland and et al. Retrospective study of fetal efectos of prolonged labor before cesarean delivery. Obstet and Gynecol 77:5; 653-658. 1991.
- 17.--Shiono, PH, Mcnelis, D. Rhoadas, G. Reason for rising cesarean delivery rates 1978-1984. Obstet and Gynecol 69:696-700. 1987.
- 18.--Uff, Hogberg. Maternal death related to cesarean section in sweden 1951-1980. Acta Obst Gynecol scand. 68:351-357. 1989.
- 19.--Williams. Jack. A. Pritchard y cols. Obstetricia Editorial Salvat . 1990. pag. 841-856.
- 20.--Yaspik, FJ, Topete, O. I. Lovenberg et al. Cesárea - hysterectomía en el C.H. "20 de Noviembre". Ginec Obst Mex . 55:234-238. 1987.