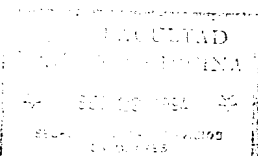




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217  
130  
2000  
2001  
2002

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



"CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS  
PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA CORPORAL  
EN EL INPer.  
UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 1990 - 1992"

DR. JESUS PEREZ SEGURA  
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y  
EDUCACION PROFESIONAL

DR. SAMUEL KARCHMER K.  
DIRECTOR GENERAL  
PROFESOR TITULAR

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
E S P E C I A L I S T A E N  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A

DR. LUIS ANTONIO PALMEROS SEGURA

Tutor: Dr. Carlos Julián Neri Méndez



MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1993

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.

A MIS PADRES:

POR QUIENES GRACIAS A SU  
ESFUERZO E INVALUABLE  
APOYO, ALCANZO UNA DE  
MIS METAS.

A MONICA:

POR SU PACIENCIA Y POR  
EL AMOR QUE ME BRINDA.

AL DR. CARLOS NERI.

GRACIAS POR SU GRAN AYUDA  
PARA LA ELABORACION DE ESTE  
ESTUDIO, ASI COMO POR SUS  
ENSEÑANZAS A LO LARGO DE  
TRES AÑOS.

AL DR. CARLOS QUESNEL.

GRACIAS A SU AYUDA PARA  
LLEVAR A CABO ESTE ESTUDIO  
Y POR SUS ATINADOS CONSEJOS.

DRA. IRMA CORIA:  
GRACIAS POR SU INVALUABLE  
AYUDA PARA REALIZAR EL  
ANALISIS ESTADISTICO.

AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD  
ESTAR AQUI.

## I N D I C E

	Página
INTRODUCCION . . . . .	1
MARCO TEORICO . . . . .	3
RESULTADOS . . . . .	21
MATERNOS . . . . .	21
PERINATALES . . . . .	28
GRAFICAS . . . . .	30
DISCUSION . . . . .	43
CONCLUSIONES . . . . .	47
BIBLIOGRAFIA . . . . .	49

## INTRODUCCION

La cesárea corporal es un término que se utiliza para indicar que la incisión uterina (histerotomía) se efectúa en el cuerpo del útero y que puede alterar el futuro obstétrico de la paciente.

Desde el inicio de este procedimiento hasta la fecha ha cambiado mucho desde su técnica, sus indicaciones, así como la evolución de las pacientes, sus complicaciones y el resultado perinatal, pues bien sabido que el inicio era oscuro el pronóstico de una paciente a la que se efectuó una cesárea corporal, en esos tiempos existían una gran lista de indicaciones y con el advenimiento de las nuevas técnicas quirúrgicas y con los avances quirúrgicos se han disminuido considerablemente las indicaciones hasta casi desaparecer esta técnica, ya que pone en peligro el futuro obstétrico de la paciente y la vida de la misma, ya que es una cirugía que per se, trae complicaciones como infecciones, anemia, dehiscencia de herida quirúrgica, y más que todo una paciente sometida a una cesárea corporal sus nuevos embarazos deben ser prolongados y se deben programar para cesárea antes de que se inicie el trabajo de parto, ya que se incrementa el índice de dehiscencia por mala cicatrización del miometrio en este nivel, y actualmente un antecedente de corporal no es indicativo de efectuar una nueva incisión corporal, pudiendo efectuar una incisión segmentaria. Tampoco debe intentarse dar un parto

2.

vaginal, porque se pone en peligro la vida, tanto de la paciente como la del producto.



---

**MARCO TEORICO**

---

**HISTORIA :**

Hablar de la cesárea corporal en ésta época, parecería a primera vista extemporáneo, debido a las desventajas que tiene esta técnica en comparación con la incisión segmentaria. La incisión corporal (clásica), tiene actualmente indicaciones precisas y escasas, pero es necesario para el médico especialista conocerlas, así como los detalles de la técnica quirúrgica, sus peligros y complicaciones en la práctica obstétrica.

La práctica de la cesárea corporal, en las civilizaciones primitivas, se usó para la extracción del feto en la mujer muerta, que posteriormente pasó a ocupar el nombre de operación cesárea post mortem. Por mucho tiempo sólo se señalaron casos aislados, en la intervención en la mujer viva, pero con resultados fatales para la madre, siendo hasta el siglo pasado cuando se establecieron adecuadamente las normas de sutura por el Doctor Kehrer y Sãnger. A partir de esto, ayudada por la anestesia, la asepsia y antisepsia y con los adelantos en general de la cirugía, se inició la época de la operación cesárea clásica, siempre con incisión vertical sobre la cara anterior del cuerpo uterino, suturas completas y por consiguiente evoluciones más favorables. Su utilización casi rutinaria persistió hacia el primer cuarto

del Siglo XX, cuando a partir de la difusión de las técnicas segmentarias fue disminuyendo su popularidad hasta casi perderse su uso en la segunda mitad de nuestro siglo (1).

En México, la evolución fue similar a la señalada, y fue muy bien acogida por los cirujanos de esa época, muchos de los cuales, con su experiencia, colaboraron a la perfección de la técnica quirúrgica. La mortalidad en 1940 era de 2% cuando se efectuaba la incisión al inicio del trabajo de parto y con membranas íntegras y a 3 a 4% cuando se efectuaba antes del inicio del trabajo de parto, de 11% cuando se efectuaba después de un trabajo de parto largo y con varias exploraciones (2).

Después del establecimiento rutinario de las técnicas bajas la cesárea corporal se dejó en el olvido y hasta se consideró que el cirujano que la practicaba no era competente, y que esta clase de cirugía era en menoscabo de su prestigio (3).

#### I N C I D E N C I A :

Existen publicaciones aparecidas en este decenio, que reportan frecuencias tan altas de cesárea corporal, que alcanzan hasta un 31.5% debido a que incluyen en los datos estadísticos, series recopiladas de enfermas de varios años previos, en que se hacía frecuentemente la operación cesárea clásica (4-5).

En trabajos realizados en los años 60 y 70's, en pacientes atendidas, se encontró que la incidencia varía de 0.5 a 0.9%, es decir, en proporción aproximada de una operación de cesárea corporal por cada 100 a 200 de otro tipo, es decir, sólo se llevó a cabo ocasionalmente y bajo indicaciones muy precisas. Esto es motivado por las ventajas que sin duda tiene la técnica segmentaria sobre la corporal y la segmento corporal que presentan los problemas siguientes:

La incisión se efectúa sobre la parte activa del órgano, la peritonización es incompleta y la cicatrización es más defectuosa (6, 7, 8).

En un estudio efectuado en México en 1970, de cesárea corporal reportan una incidencia baja, ya que se lleva a cabo ocasionalmente y bajo indicaciones muy precisas, en un 0.3 a 1% de ellas. Es decir, se lleva a cabo una cesárea corporal por cada 114 de otro tipo. Por otro lado, en publicaciones de ésta época, la incidencia se encontraba más alta (9, 10); probablemente debido a que se incluyen en los datos estadísticos, series de enfermas recopiladas desde hace varios años, en que se realizaba más frecuentemente la cesárea clásica.

Otros autores indican que la incidencia es del 2.9%, similar para nuestro país y el extranjero.

En un estudio del Dr. Castelazo Ayala y cols., con un total de 685 cesáreas en 1957, la incidencia fue de 29.7%, mientras que Janswen y cols., efectuaron un estudio de 1952 a 1962, reportando una incidencia de 2.7%.

Espinosa de los Reyes en 1964-1967, con 119 cesáreas corporales, con una incidencia de 3.9% y en 1970 el Dr. Villalobos, con 75 casos de cesárea corporal con 2.7% de la incidencia.

El Dr. Jaime Rosas y cols., en un estudio efectuado de 1964 a 1969 con un total de 170 casos de cesárea corporal, reporta una incidencia de 2.9%.

Lo cual quiere decir que la tendencia a partir de la cesárea corporal va disminuyendo (11, 12, 13).

#### I N D I C A C I O N E S :

Anteriormente, la cesárea corporal se practicaba en las siguientes circunstancias:

- 1.- Conveniencia de una incisión alta.
- 2.- Imposibilidad de abordar el segmento uterino.
- 3.- Necesidad de una evacuación rápida del útero.

**CONVENIENCIA DE UNA INCISION ALTA.**

a) **Cáncer cervical invasor**, es la indicación absoluta más frecuente de cesárea corporal, comprendiendo el 40 al 60% de todas las indicaciones. No hay discusión acerca de la indicación absoluta de la cesárea corporal, ya que se evita el trabajar sobre la neoplasia problemas de sangrado, friabilidad de los tejidos, infección y mala cicatrización, además del peligro de diseminación.

b) **Cesárea corporal previa**, considerandola como una indicación relativa y tomando en cuenta que pudiera presentarse dehiscencia de la misma en embarazos posteriores, se debe interrumpir la gestación por vía abdominal y pudiendo efectuar una incisión tipo segmentaria (13, 14).

c) **Situación transversa**, considerada también relativa y principalmente en productos en situación transversa con dorso inferior .

d) **Falta del desarrollo del segmento**, la insuficiente formación segmentaria, impide la utilización de las técnicas bajas, por lo que ésta indicación se considera absoluta, esto se presenta en embarazos tempranos, en los que siempre se debe hacer una histerotomía corporal. Sabiendo que el segmento se forma a partir del tercer mes de gestación, un desarrollo no

completo, puesto que para ello es necesario el trabajo de parto, el cual permite efectuar una técnica segmentaria (16).

#### IMPOSIBILIDAD DE ABORDAR EL SEGMENTO UTERINO.

a) Fijación alta de la vejiga en la cesárea iterativa, se ha señalado que es una de las complicaciones más molestas de la cesárea repetida, que ocasiona sangrado, dificultad técnica al despegamiento y lesiones vesicales. Cuando la disección en estas condiciones sea muy laboriosa y presuponga peligro, muchas veces es mejor una incisión corporal, la cual postula menos riesgo para la madre y el producto.

b) Adherencias firmes en el segmento, la presencia de adherencias múltiples epiplóicas, peritoneales o a órganos vecinos que dificultan el acceso al segmento, indican ocasionalmente una incisión alta tipo clásica.

c) Tumores ístmicos, la presencia de tumores neoplásicos casi siempre miomatosis, a nivel del cuello uterino, ístmo o en forma múltiple, indica la operación corporal, que ocasionalmente se acompaña de una histerectomía (14, 17).

d) Otros procesos. La cirugía pélvica previa, especialmente mutilante por procesos inflamatorios o al corregir malformaciones congénitas del tracto urogenital que alteran o distorsionan la

anatomía quirúrgica, puede ocasionar el empleo de una incisión corporal. También se ha relatado la necesidad de esta clase de cirugía en grandes xifosis dorsales que disminuyen la distancia del xifoideas al pubis, lo que dificulta el acceso al segmento.

Por otra parte, la presencia de várices del segmento, por antecedentes de cesáreas repetidas, es indicación de incisión corporal, evitando así el sangrado intenso de la misma.

#### **NECESIDAD DE UNA EVACUACION UTERINA MUY RAPIDA.**

a) Operación cesárea pre y post mortem.

b) Choque materno.

Todo lo dicho de las indicaciones de cesárea corporal, puede resumirse diciendo que el carcinoma invasor del cuello uterino, la presencia de tumores istmicos, las adherencias segmentarias, la elevación y fijación de la vejiga, la inmadurez del segmento, la situación transversa con dorso inferior, son las indicaciones más frecuentes para evitar una incisión corporal, también hay otras indicaciones, las cuales son menos frecuentes y por lo regular, se puede efectuar una incisión clásica o segmentaria como cirugía pélvica previa, defectos del tracto urogenital corregidos quirúrgicamente, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa (8, 19).

**TIPOS DE INCISIONES UTERINAS:**

\* La incisión corporal o clásica, ésta es vertical, en la porción contractil del cuerpo, la desventaja de ésta, es la hemorragia debida a la gran vascularidad de la pared del útero y la peritonización se dificulta, por lo que las adherencias son más frecuentes. Dado que la cicatrización del miometrio puede ser poco resistente, la posibilidad de una dehiscencia uterina en futuros embarazos es mayor.

\* La incisión vertical o segmento corporal, también conocida como tipo Beck, tiene sus indicaciones más precisas en embarazos pretérmino, o antes de que el segmento uterino se haya formado, es útil en los casos de placenta previa, anillo de retracción situación transversa. Esta incisión se efectúa a nivel del segmento uterino, pero pocas veces se logra y con frecuencia interesa parte del cuerpo, por lo que se conoce como segmento corporal.

\* La incisión corporal transversa o Kehrer; la cual se efectúa con corte del miometrio en forma transversa y recta y se utiliza muy raramente.

\* La incisión en forma de "J", es generalmente el resultado de un intento de realizar una incisión transversal baja, sobre un segmento uterino inferior demasiado estrecho. Esta incisión tan inadecuada no se realiza sino hasta el momento mismo en que



se observa el útero, que es cuando el cirujano realiza la extensión vertical que evita la prolongación a los ligamentos anchos. En embarazos posteriores, esta incisión debe tenerse en cuenta, como si se tratara de una incisión clásica.

\* La incisión en forma de "T" invertida, puede ser hecha por las mismas razones, o bien en la dirección precipitada de un hallazgo inesperado. Esta incisión no suele cicatrizar bien y muy probablemente, puede romperse en subsiguientes embarazos con tanto o más frecuencia que la incisión corporal (20).

**TECNICA QUIRURGICA:**

Las normas que deben regir el acto quirúrgico, los cuidados postoperatorios, el instrumental y el equipo, así como la anestesia, son enteramente iguales a los descritos para la cesárea segmentaria.

**Celiotomía;** se efectúa un poco más arriba, que cuando se va a llevar una técnica baja. Se hace media infraumbilical, hasta el ombligo o aún continuándose un poco en el lado izquierdo del mismo, esto se hace para facilitar la extracción del producto. La abertura de la pared se efectúa en forma habitual, se aíslan los bordes de la pared, se coloca la compresa única exponiendo la cara anterior del cuerpo uterino.

**Incisión uterina:** Antes de proceder a ella, debe efectuarse la corrección de la dextrorrotación uterina, cuando exista, ya que la incisión sobre la pared del útero debe ser sobre la línea media, se efectúa una incisión con bisturí de 2 cms que abarque todo el tejido muscular, hasta alcanzar la cavidad uterina. Como la pared de este sitio es muy gruesa, es necesario ir cortando paulatinamente las capas musculares para no herir al producto. En cuanto se alcanza la cavidad y protegiendo el contenido de la misma con los dedos de la mano izquierda, se procede a completar la histerotomía por medio de tijeras romas, hacia arriba y hacia abajo en una longitud que permita la extracción fácil

del producto. En este caso, no se efectúa la disección del peritoneo vesicouterino, puesto que aquí no es posible por su firme adherencia a la capa muscular.

**Extracción del producto:** Una vez rotas las membranas y efectuado la aspiración, se procede a liberar al producto por medio de una versión o extracción podálica, localizando los pies y llevándolos a la incisión para extracción final del producto sin complicaciones.

**Extracción de la placenta:** Se lleva a cabo de la forma habitual, ya sea por alumbramiento dirigido o por extracción manual, no olvidándose de extraer totalmente las membranas y de revisar la cavidad uterina. Si la paciente no tuvo trabajo de parto, es necesario efectuar dilatación retrógrada. Posteriormente se colocan pinzas de anillo en los ángulos que sirven para referirlos y para hemostasia provisional.

**Sutura de la incisión:** Es más difícil que en las técnicas segmentarias por el grosor de la pared. Se utiliza cat gut grueso del No. 1 con aguja curva atraumática, la sutura se efectúa en tres planos, con puntos separados que abarquen cada uno de ellos; aproximadamente un tercio del grosor de la pared uterina. La primera del tercio interno, la segunda el tercio medio y la tercera el tercio externo, incluyendo el peritoneo, aunque algunos recomiendan hacer continua ésta última con un surjete tipo Lambert

y cuando la pared no es muy gruesa, se puede hacer con solo dos planos de sutura.

No se encuentra apropiado la exteORIZACIÓN del útero para proceder a realizar la histerorrafia, ya que ésto pudiera predisponer para las infecciones y a la instalación de choque por tracción; y se procede al cierre de la pared en forma habitual, previo retiro de la compresa y revisión de las suturas para corroborar ausencia de sangrado y limpieza del campo operatorio (17).

#### **MORTALIDAD MATERNA:**

Indudablemente la operación cesárea corporal tiene, en general, más complicaciones y mortalidad que la segmentaria, especialmente el sangrado, infección y dehiscencia, de ahí, su casi total eliminación de la cirugía obstétrica.

En diversos estudios efectuados en cesárea corporal, el principal problema es la infección como endometritis, tromboflebitis pélvica, ya que se toma mucho en cuenta el tiempo de ruptura de membranas, el tiempo de trabajo de parto y el antecedente de una cesárea previa; pero dentro de las infecciones más frecuentes no existió una significancia.

Las dehiscencias son más frecuentes en una cesárea clásica que en una segmentaria, dado a la mala cicatrización del trans-

operatorio.

Otras de las complicaciones postoperatorias, son frecuentes el ileo paralítico, infección de vías urinarias, así como anemia y dehiscencia de la pared (14).

#### FUTURO DE LA PACIENTE:

Es satisfactorio, recordando que la cicatriz, está situada en la parte activa del útero, no debe permitirse el parto post cesárea corporal o clásica.

Deben espaciarse los embarazos, y deben vigilarse más cuidadosamente, por el peligro de dehiscencia durante el mismo e interrumpirse antes de que se inicie el trabajo de parto, aproximadamente a la semana 38, y se recomienda reseca la cicatriz uterina previa para lograr una mejor unión y no permitir un número exagerado de operaciones corporales, ya que la posibilidad de desunión es mucho mayor (23-24).

**OBJETIVOS**

---

**OBJETIVO GENERAL:**

- \* Establecer las características clínico epidemiológicas de las pacientes sometidas a cesárea corporal y correlacionarlo con resultados maternos.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- \* Determinar las características epidemiológicas más relevantes a pacientes sometidas a cesárea corporal.
- \* Establecer el tipo de incisión uterina más frecuentemente realizada
- \* Determinar causas de morbilidad y mortalidad materna asociada a este tipo de cirugía.
- \* Describir las indicaciones quirúrgicas más frecuentemente observadas en las pacientes sometidas a cesárea corporal.

## MATERIAL Y METODOS

Se efectuó en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), un estudio retrospectivo de 178 pacientes a las cuales se les realizó interrupción de la gestación por vía abdominal, con incisión corporal o clásica.

El período de investigación estuvo comprendido a partir del 1º de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1992; el universo de estudio se conformó por 178 pacientes tomadas de la libreta de control de procedimientos quirúrgicos de la Unidad de Tococi-rugía del Instituto Nacional de Perinatología, configurándose como una muestra representativa, de pacientes que se les realizó cesárea corporal, no tomando en cuenta a las pacientes que no reunieran los criterios.

De 1990 a 1992, se efectuaron un total de 8,551 cesáreas (en los tres años), por lo que las 178 pacientes, es un número representativo al 2%.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

\* Todas las pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas sometidas a interrupción del embarazo vía abdominal mediante

incisión corporal, segmento corporal, corporal transversa y con indicación para justificar la incisión

#### VARIABLES DE ESTUDIO:

Las variables que se incluyeron se dividieron en **Independientes**

#### INDEPENDIENTES:

**Edad materna**, tomada en años cumplidos hasta la resolución del embarazo.

**Edad gestacional**, se tomó a partir de la fecha de última menstruación, hasta el día de la resolución del embarazo, tomada en semanas completas, en caso de edad gestacional incierta, se tomó la edad gestacional por ultrasonografía, según tablas ya preestablecidas.

**Antecedentes reproductivos de la paciente**; para determinación de las gestaciones previas, tales como parto, abortos y cesáreas.

**Antecedentes quirúrgicos en útero**, para determinar el antecedente de cirugía para corregir malformaciones Mullerianas, y miomectomías.



**Tipo de histerotomía;** tomando únicamente la incisión corporal clásica, la segmento corporal o beck y la corporal transversa o Kehrer.

**Indicación quirúrgica;** se tomó el diagnóstico por el cual se decidió la realización de intervención quirúrgica.

**Tipo de anestesia;** si la paciente se sometio a bloqueo peridural o anestesia general o la combinación de éstas.

**Tiempo quirúrgico;** tomado en cuenta desde el inicio de la cirugía, hasta la terminación de la misma y expresado en minutos.

**Pérdidas hemáticas;** se estimó por cálculo de aproximación en mililitros, considerando normal hasta 1000 ml.

**Complicaciones trans-postoperatorias;** se tomaron los diagnósticos encontrados en los expedientes, divididas en infecciosas, síndrome anémico y otras.

En relación al producto, se tomó en cuenta el peso al nacimiento, Apgar en tiempo convencional y el sexo.

**Estancia hospitalaria;** se tomaron en cuenta días completos, desde el ingreso de la interrupción de la gestación por vía

abdominal, hasta que la paciente se egresó del hospital.

Se excluyeron todos aquellos casos en los que no se encontró el expediente en Archivo Clínico o que no aportaban los datos para nuestro estudio.

---

**RESULTADOS**

---

Se realizó un estudio retrospectivo de características descriptivas, del 1º de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1992, se estudiaron 178 expedientes de pacientes sometidas a cesárea corporal y segmento corporal, en el Instituto Nacional de Perinatología, se realizó análisis univariado de acuerdo con los objetivos del estudio. Se capturó la información en un disco duro de computadora y se procesó en el programa SPSS/PC+33; describiendo frecuencias simples, porcentajes, medidas de tendencia central como: promedio, moda y mediana y medidas de dispersión como: desviación estándar y varianza.

Los resultados se presentarán en dos parte, inicialmente los resultados maternos y finalmente los resultados perinatales.

**RESULTADOS MATERNOS :**

1.- En cuanto a la **EDAD MATERNA** observamos que en el grupo menor o igual a 20 años, se detectó un 3.38% (n=6); en el grupo de 20 a 29 años se observó un 38.76% (n=69); en el grupo de 30 a 39 años se observó un 47.19% (n=84) y en el grupo de 40 ó más años se observó un 10.67% (n=19).

Podemos deducir de lo anterior, que el grupo de pacientes

de 20 a 39 años es el más frecuentemente afectado (Ver gráfica No. 1).

El promedio de edad fue de  $31.05 \pm 6.47$  años, con una mediana de 31 años y una moda de 27 años. La edad mínima observada fue de 17 años y la máxima fue de 48 años.

2.- En cuanto a **NUMERO DE GESTACIONES** observamos que el grupo de primigestas se detectó un 15.17% (n=27); en el grupo de 2 a 4 se observó un 69.66% (n=124) y en el grupo de más de 5 embarazos se encontró un 15.17% (n=27).

Podemos encontrar que el grupo de mujeres con 2 a 4 gestaciones fue el más afectado y las pacientes primigestas y multigestas se vieron afectadas en menor proporción (Ver gráfica No. 2).

El promedio, mediana y moda de embarazos se estimó en tres embarazos por paciente con una mínima de un embarazo por paciente y un máximo de 14 embarazos en una paciente.

3.- En cuanto al **TIPO DE INCISION UTERINA** realizada, observamos un 35.4% (n=63) para el tipo clásica, un 61.3% (n=109) para el tipo Beck y un 3.3% (n=6) para el tipo Kherer.

Observamos que la incisión tipo Beck (segmento corporal),

es la que predominó en el grupo de pacientes estudiadas (Ver gráfica No. 3).

4.- En cuanto a **EDAD GESTACIONAL** (semanas), observamos que el grupo de 27 a 31.6 semanas se detectó un 37.64% (n=67); en el grupo de 32 a 36.6 semanas se observó un 22.47% (n=40) y en el grupo de 37 a 41.6 semanas observamos un 39.89% (n=71).

Podemos deducir de lo anterior que el grupo de pacientes con edad gestacional de 27 a 31.6 y de 37 a 41.6 fue el más afectado (Ver gráfica No. 4).

El promedio de semanas de gestación fue de  $34.16 \pm 4.37$  semanas, con una media de 33 semanas y una moda de 28 semanas, la edad mínima en semanas de gestación fue 27.1 y la máxima de 41.6 semanas.

5.- En cuanto a la relación de **TIPO DE INCISION UTERINA Y SEMANAS DE GESTACION** podemos observar que se realizó incisión tipo clásica en el grupo de 27 a 31.6 semanas con 47.61% (n=30); en el grupo de 32 a 36.6 con un 23.82% (n=15) y en el grupo de 37 a 41.6 semanas en un 28.57% (n=18).

Para el tipo Beck, se detectó un 33.03% (n=36) en el grupo de 27 a 31.6; en el grupo a 32 a 36.6 un 21.10% (n=23) y finalmente

en el grupo de 37 a 41.6 un 45.87% (n= 50).

Para el tipo Kherer, se detectó un 16.66% (n=1) para el grupo de 27 a 31.6 semanas, para el grupo de 32 a 36.6 un 33.34% (n=2), finalmente el grupo de 37 a 41.6 semanas un 50% (n=3) (Ver gráfica No. 5).

Se detectó que la cesárea clásica se realiza con mayor frecuencia en embarazos menores de 31.6 semanas; en cambio la incisión Beck y Kherer tienden a realizarse más frecuentemente en embarazos de término (Ver tabla No. 1)

El promedio de edad gestacional para la incisión tipo clásica fue de  $33.13 \pm 4.28$  semanas.

Para la incisión tipo Beck, el promedio de edad gestacional fue de  $34.97 \pm 4.27$  semanas. Y finalmente, la edad gestacional de la incisión tipo Kherer fue  $35.69 \pm 4.18$  semanas (Ver tabla No. 1).

6.- En cuanto a la INDICACION DE LA CIRUGIA realizada, obtuvimos los siguientes resultados:

a) Transverso dorso inferior	en un 30.89% (n=55)
b) Placenta previa	en un 15.16% (n=27)
c) Varices del segmento	en un 2.24% (n= 4)
d) Adherencias del segmento	en un 5.62% (n=10)
e) Falta de desarrollo del segmento	en un 78.08% (n=139)
f) Iterativa	en un 19.66% (n=35)
g) Otras	en un 16.29% (n=29)
h) No consignadas	en un 0.56% (n= 1)

Varias pacientes tenían más de una indicación para la realización de la cirugía; y en el apartado de otras, se incluyen oligohidramnios severo, retardo en el crecimiento intrauterino, miomas en el segmento, sufrimiento fetal agudo, compromiso de histerorrafia previa, productos malformados.

Podemos observar que las principales indicaciones para efectuar la cirugía fueron falta de desarrollo del segmento y transverso dorso inferior.

7.- En cuanto al **TIEMPO QUIRURGICO**, observamos que en el grupo de 30 minutos a más de 60 minutos, es el más afectado. En el primer grupo de menos de 30 minutos, un 0.56% (n=1), en el grupo de 30 a 60 minutos un 47.14% (n=83) y el grupo de más de 60 minutos un 52.30% (n=94), (Ver gráfica No. 6).

Pudimos encontrar que el promedio de tiempo quirúrgico fue de  $75.50 \pm 24.82$  minutos, con una media de 65 minutos y una moda de 60 minutos.

Observando un tiempo quirúrgico mínimo de 30 minutos y un máximo de 200 minutos.

8.- En cuanto al TIPO DE ANESTESIA encontramos los siguientes datos:

. Anestesia General	en un 13.48% (n=24)
. Bloqueo peridural	en un 83.71% (n=149)
. Combinación	en un 2.81% (n= 5)

Pudimos observar que la gran mayoría de las pacientes se sometieron a un bloqueo peridural para llevar a cabo la cirugía.

9.- En cuanto a las PERDIDAS HEMATICAS durante las cirugías observamos un 88.76% (n=158) fueron para las consignadas en el grupo de -1,000 ml y un 8.42% (n=15) para el grupo de +1,000 ml y un 2.82% (n=5) para las no consignadas.

Observamos que las pérdidas de -1,000 ml fue la que predominó en las pacientes estudiadas (Ver gráfica No. 7).



En cuanto al promedio de pérdidas hemáticas fue de 604 ml con una media de 450 ml y una moda de 400 ml; se observó un mínimo de pérdida estimada en 200 ml y un máximo de 6,000 ml.

10.- En cuanto a **COMPLICACIONES TRANSQUIRURGICAS** se encontró que en el grupo sin complicaciones un 89.9% (n=160), mientras que en las con complicaciones un 10.1% (n=18). Dentro de las cuales tenemos acretismo placentario 5.62% (n=10), atonía uterina un 2.24% (n=4), dehiscencia de histerorrafia 1.12% (n=2), micomatosis 0.56% (n=1) y lesión de uretero 0.56% (n=1) (Ver gráfica No. 8).

11.- En cuanto a las **COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS** encontramos un 86.40% (n=154) en el grupo sin complicaciones, y un 13.60% (n=24) con complicaciones.

Dentro de las complicaciones más frecuentes encontramos a las infecciosas (deciduoendometritis, infección de vías urinarias, pelvipерitonitis), metabólicas (descontrol metabólico por diabetes Mellitus), otras (íleon reflejo, adinámico, tromboflebitis en miembro pélvico, síndrome anémico, fistula vesical, urinoma abdominal, sangrado de tubo digestivo alto, dehiscencia de laparorragia, punción de duramadre, obstrucción de vena de ojo izquierdo y desnucación en tercer grado (Ver gráfica No. 9).

12.- En cuanto a DIAS DE HOSPITALIZACION podemos observar el grupo de -3 días un 52.80% (n=94), en el grupo de 4 a 6 días observamos un 38.22% (n=68) y, un 8.98% (n=16) para el grupo de +7 días. Pudimos deducir que el grupo más afectado fue el de -3 días (Ver gráfica No. 10).

El promedio de hospitalización de las pacientes fue de 4.48  $\pm$  3.72 días, con una media y mediana de 3 días. La estancia hospitalaria mínima observada fue de 3 días y la máxima de 30 días.

#### RESULTADOS PERINATALES:

13.- En cuanto al PESO DEL RECIEN NACIDO observamos que el grupo mayor o igual a 1,000 gr, un 14.04% (n=25), mientras que para el grupo de 1,000 a 2,500 gr observamos un 44.38% (n=79), y para el grupo de +2,500 gr se observó un 41.1% (n=73), se presentó un cuarto grupo de no consignados con un 0.57% (n=1). Pudimos observar que los grupos de pacientes de 1,000 a más de 2,500 gr fueron los más afectados (Ver gráfica No. 11).

El promedio de peso fue de 2,118  $\pm$  1010.2 gr con una media de 1,850 gr y una moda de 1,000 gr. El peso observado en las pacientes fue de 450 gr y el máximo de 4,150 gr.

14.- En cuanto al APGAR al primer minuto y a los cinco minutos

# ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

29.

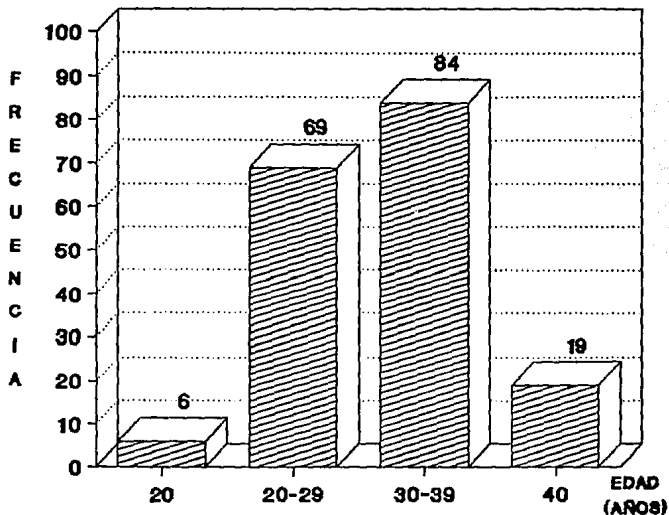
observamos para el primer minuto que el grupo de 0 a 3 un 25.28% (n=45), para el grupo de 4 a 6 un 22.47% (n=40), para el grupo de 7 a 10 un 48.31% (n=86) y el grupo no consignado incluye a los óbitos con un 3.94% (n=7). Pudimos determinar por lo anterior, que el grupo más afectado es el de 7 a 10 (Ver gráfica 12). El promedio fue de  $5.5 \pm 2.6$ , con una media de 7 y una moda de 8, para el Apgar del primer minuto como mínima 0 y máxima 9.

Para el Apgar a los cinco minutos se observó que el grupo de 0 a 3 un 5.05% (n=9), para el grupo de 4 a 6 un 15.16% (n=27), el grupo de 7 a 10 observamos un 75.84% (n=35) y el último grupo correspondiente al de óbitos con un 3.95% (n=7). Pudimos observar que el grupo más afectado es el de 7 a 10 y el menor de 0 a 3 (Ver gráfica No. 12.1).

El promedio de Apgar a los cinco minutos es de  $7.6 \pm 1.9$ , la media de 8 y la moda de 9, con un mínimo de 1 y un máximo de 9.

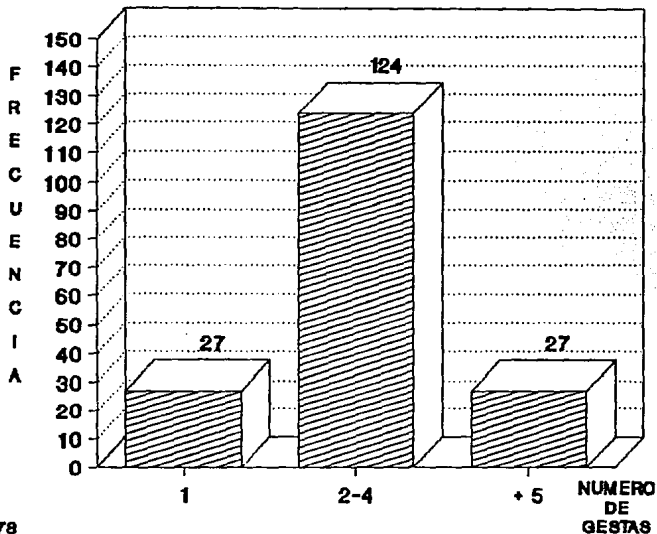
# GRAFICA No. 1

## DISTRIBUCION POR EDAD MATERNA



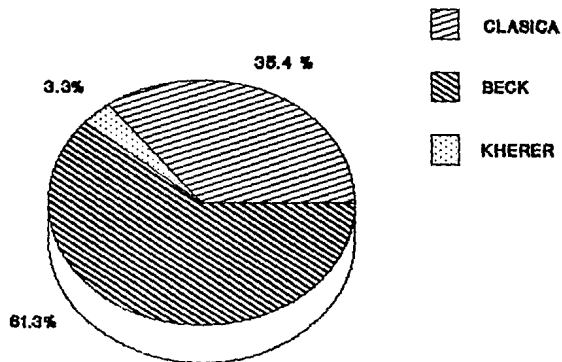
N-178

**GRAFICA No. 2**  
**DISTRIBUCION POR NUMERO DE GESTACIONES**



N-178

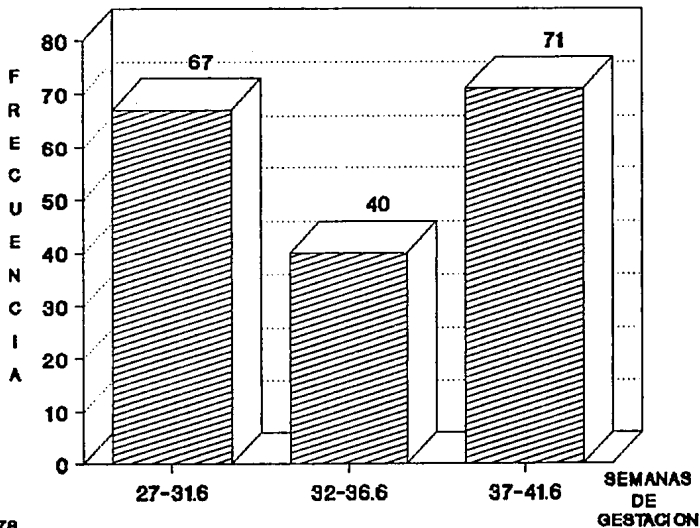
**GRAFICA No. 3**  
**DISTRIBUCION SEGUN INCISION**  
**UTERINA REALIZADA**



**N = 178**

# GRAFICA No. 4

## DISTRIBUCION POR SEMANAS DE GESTACION



N-178

**GRAFICA No. 5**  
**RELACION ENTRE TIPO DE INCISION**  
**UTERINA Y SEMANAS DE GESTACION**

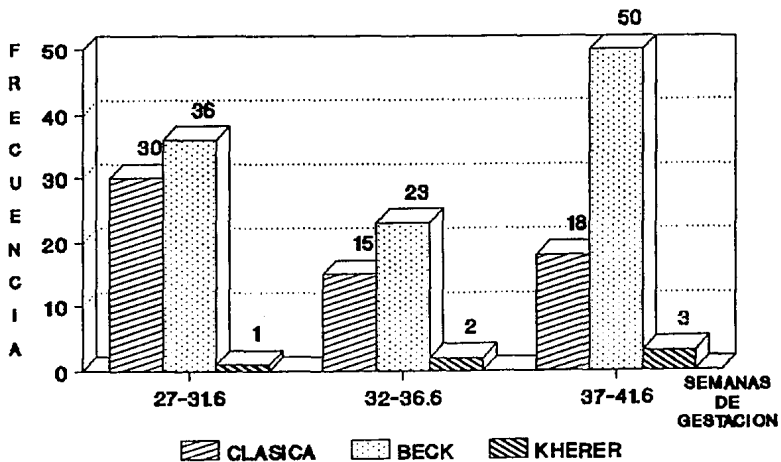


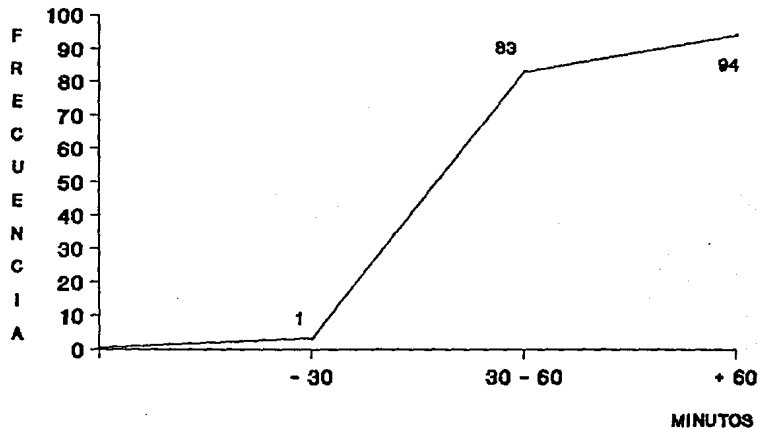


TABLA No. 1

TIPO INCISION SDG	CLASICA		BECK		MEHRER	
	n	%	n	%	n	%
27 - 316	30	47.61	36	33.23	1	16.66
32 - 366	15	23.82	23	21.1	2	33.34
37 - 41.6	18	28.57	50	45.87	3	50
TOTAL	63	100%	109	100%	6	100%

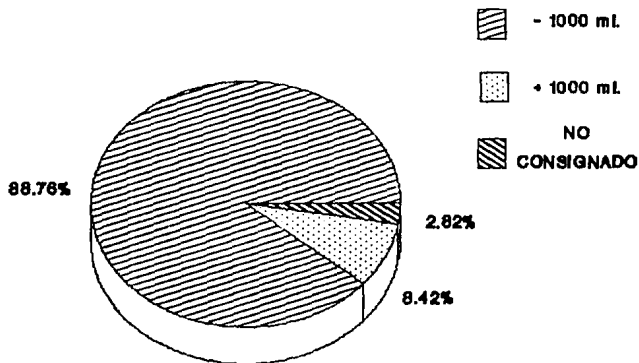
N = 178

GRAFICA No. 6  
POLIGONO DE FRECUENCIA DE TIEMPO  
QUIRURGICO



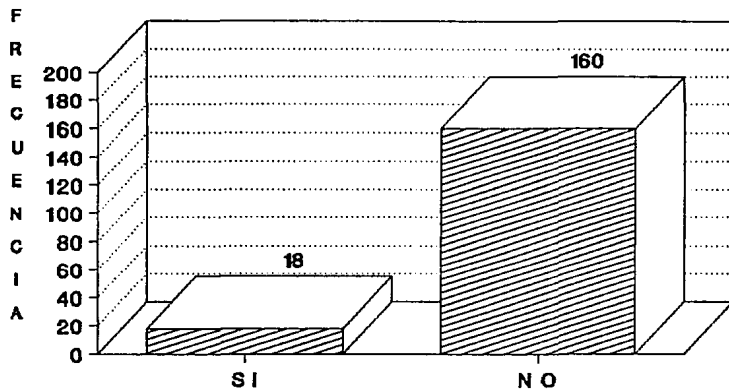
N - 178

# GRAFICA No. 7 DISTRIBUCION SEGUN PERDIDAS HEMATICAS

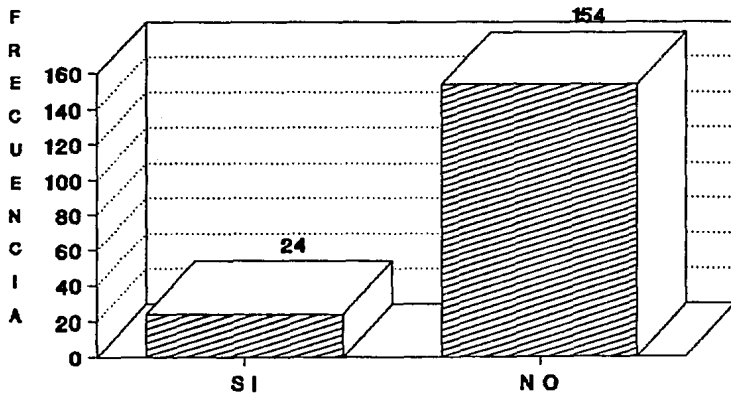


N = 178

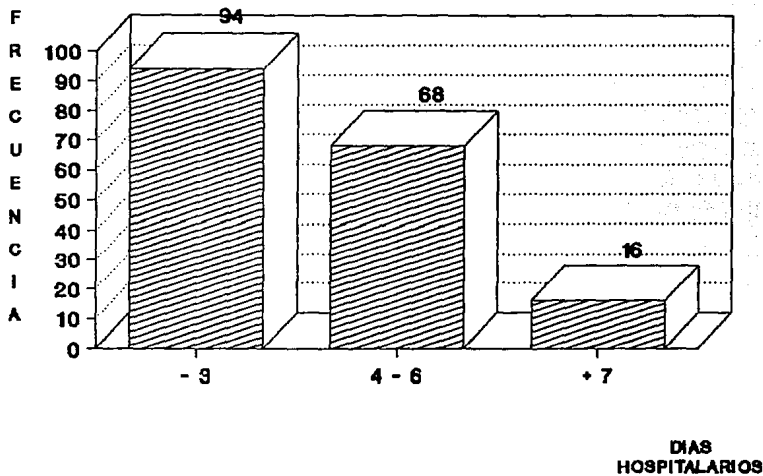
**GRAFICA No. 8**  
**DISTRIBUCION SEGUN COMPLICACIONES**  
**TRANSQUIRURGICAS**



**GRAFICA No. 9**  
**DISTRIBUCION SEGUN COMPLICACIONES**  
**POSTOPERATORIAS**

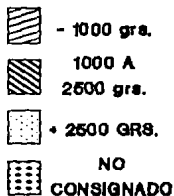
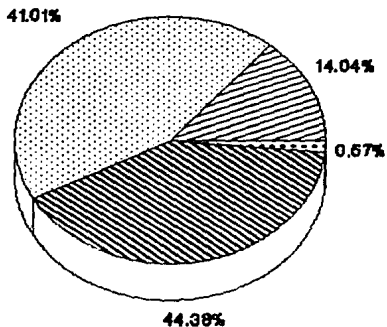


**GRAFICA No. 10**  
**DISTRIBUCION SEGUN ESTANCIA**  
**HOSPITALARIA**



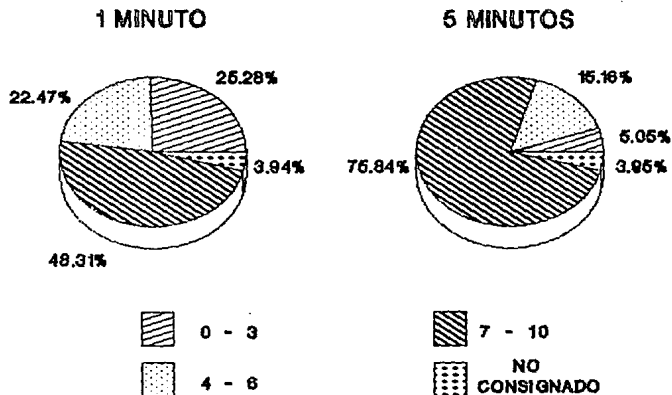
N=178

**GRAFICA No. 11**  
**DISTRIBUCION SEGUN PESO**  
**RECIEN NACIDO**



**N = 178**

**GRAFICA No. 12 Y 12.1**  
**DISTRIBUCION SEGUN APGAR**  
**AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS**



N - 178



---

DISCUSION

---

La cesárea corporal es un proceso poco usual en la práctica diaria de los centros hospitalarios y sabemos que existe poca literatura. Dentro del análisis de 178 casos que se revisaron en el Instituto Nacional de Perinatología, obtuvimos información que se asemeja a lo que se menciona en la literatura nacional, debemos tomar en cuenta que por ser un hospital de concentración de tercer nivel, la patología materna se encuentra incrementada.

En relación a la edad materna encontramos una incidencia del 85.9% entre los grupos de edad de 20 a 39 años, con muy pocas pacientes adolescentes o bien madres añosas. Llama la atención que un 69.6% de las pacientes pertenecían al grupo de 2 a 4 gestaciones, mientras que en la literatura en este mismo grupo de pacientes se reporta un 56.1%.

La edad gestacional en que se interrumpió el embarazo fue en la semana 37 a 41.6 con un 39.8%, lo que nos indica que la mayoría de las cirugías corporales son en embarazos de término; y el grupo de pacientes de 27 a 32.6 semanas también fue afectado con un 37.6% (pretérminos).

Las indicaciones de cirugía más frecuentes fueron: falta de desarrollo del segmento en un 78%, transverso dorso inferior

30.8%, iterativa 19.6%, placenta previa 15.1% y otras un 16.2%. Podemos decir que las indicaciones más frecuentes fueron falta de desarrollo del segmento y transverso dorso inferior, en el estudio efectuado de 1990 a 1992 con un total de 178 casos.

Lo anterior quiere decir que se han disminuido las indicaciones con el pasar de los años.

El producto en situación transversa a la extracción se dificulta y ocasiona prolongaciones peligrosas de la incisión que comprometen la vida de la madre o culmina efectuando la incisión T invertida, que tiene mal pronóstico para el futuro obstétrico de la paciente.

En este estudio podemos observar que la incisión que se efectuó con más frecuencia fue la segmento corporal (Beck) con un 61.2% en los tres grupos estudiados, seguida de la corporal (clásica) y en menor frecuencia se realizó la segmento transversal (Kherer).

Al analizar las complicaciones transoperatorias y postoperatorias en el primer grupo, tenemos el acretismo placentario en un 5.62% seguido por atonía uterina en el 2.24% presentando ambas, datos de pérdidas hemáticas considerables. En las complicaciones postoperatorias, tenemos que los procesos infecciosos predominaron

en este punto; otro apartado fue el descontrol metabólico de las pacientes diabéticas, así como también complicaciones a nivel de sistema urinario, así como algunas otras en casos aislados.

Llama la atención la baja incidencia de cesárea histerectomía que se determinó en 8.42% ya que este procedimiento quirúrgico tiene hasta 10 veces más de posibilidades de poder realizarse.

En cuanto a los días de hospitalización, más del 50% se egresaron a los 3 días y el 38% al término del sexto día, ésto nos traduce una estancia hospitalaria muy corta y revela la no existencia de complicaciones postquirúrgicas en las pacientes.

En relación al recién nacido, tenemos que un 58% fueron productos pretérminos debido a la edad gestacional en que fueron sometidos a cirugía. Esto indica el doble de la incidencia que nos reporta la literatura nacional con respecto a lo encontrado en dicho estudio.

En resumen, podemos concluir que la cesárea corporal y sus modalidades por excelencia, tienen una serie de riesgos y complicaciones que pueden llegar a alterar el futuro obstétrico de las pacientes sometidas a cualquier incisión corporal, tomando en cuenta que con el pasar de los años, han surgido nuevas técnicas quirúrgicas, las cuales han ayudado a obtener mejores resultados

tanto para la madre como para el producto, pero no así cambiando los riesgos obstétricos venideros.

En la antigüedad este procedimiento quirúrgico traía como consecuencia un alto porcentaje de mortalidad materna, actualmente, con el nacimiento de nuevas técnicas quirúrgicas y la era de los antibióticos, ésto se ha reducido considerablemente, hasta llegar a cero.

Por último, la incisión corporal sigue siendo de gran utilidad para el médico gineco-obstetra conciente y responsable, con habilidad manual y con el estímulo de la superación que se adquiere con la práctica, ésto con el fin de preservar al máximo los intereses legítimos, tanto de la madre como del producto.

---

**CONCLUSIONES**

---

- 1.- La edad materna con mayor incidencia de cesárea corporal, fue entre los 20 y 39 años de edad.
- 2.- El 76% de los embarazos correspondieron a pretérminos y término con un promedio de  $34.16 \pm 4.37$  días.
- 3.- El 69.6% correspondió a las pacientes con 2 a 4 gestaciones y las primigestas fueron afectadas en menor cantidad.
- 4.- La incisión uterina más frecuente fue la tipo Beck (segmento corporal) con un 61.3%.
- 5.- Se determinó que la incisión clásica (corporal) se realizó en mayor frecuencia en embarazos menores de 31.6 semanas de gestación. Mientras que la incisión Beck y Kherer tienden a realizarse con más frecuencia en embarazos de término.
- 6.- Las indicaciones principales de este estudio, para efectuar una cesárea corporal fueron la falta de desarrollo del segmento en primer lugar con un 78%, seguida en segundo lugar el transverso dorso inferior con un 30.8%.
- 7.- En cuanto al tipo de anestesia, se encontró en primer lugar

el bloqueo peridural con 83.71%.

- 8.- Las pérdidas hemáticas se calcularon en -1,000 mililitros en un 88.76% por lo cual la presentación de complicaciones por síndrome anémico fueron muy bajas.
- 9.- Las principales complicaciones transquirúrgicas fueron el acretismo placentario 5.62%, seguida por la atonía uterina en un 2.24%.
- 10.- Las complicaciones postquirúrgicas fueron principalmente las infecciosas con un 3.9%.
- 11.- Con respecto a la estancia hospitalaria el 52.80% se encontró dentro del grupo de menos tres días de egreso postcesárea y éste fue seguido de un 38.22% hasta el sexto día de hospitalización.
- 12.- En relación con la literatura nacional se encontró un porcentaje similar en cuanto a la cesárea corporal, siendo en este estudio un 2.02% y en la literatura de 2.9%.
- 13.- Actualmente las indicaciones para efectuar una incisión corporal son en un número menor que en las que se reportan en la literatura estudiada.

---

**BIBLIOGRAFIA**

---

- 1.- Ruiz VV y Pérez de Salazar J: Evolución de la cesárea en México. Ginec Obstet Méx 1970; 27: 115-122.
- 2.- Espinoza de los Reyes V, Ruiz VV y Saldaña RH: Morbilidad materno-fetal en la operación cesárea. Estudio de 3,000 casos. Ginec Obstet Mex 1970; 28: 613-618.
- 3.- Villalobos M, Reyes CL y Villanueva RC: La cesárea corporal y segmento corporal. Su lugar en la Obstetricia actual. Memorias IV Jornada Médica Bienal. México, D.F. 1970.
- 4.- Icaza A: Operación cesárea. Ginec Obstet Méx. 1961; 16: 303-310.
- 5.- Jensen PA y Aaro A: Cesarean section: Review of 10 years series. Mayo Clin Proc 1985; 40: 338-342.
- 6.- Castelazo AL, Espinoza de los Reyes V y Reyes CL: Ocho años de cirugía abdominal en la maternidad No. 1 IMSS. Ginec Obstet Méx 1957; 12: 195-200.
- 7.- Marin J de J: Una probable solución al problema secular de la sutura de la matriz en la operación cesárea corporal clásica. Rev Cirugía Méx 1942; 14: 239-243.
- 8.- Rosas AJ, Ruiz VV, Quesada RT y enriques AG: Cesárea iterativa. Ginec Obstet Méx 1968, 24: 391-398.
- 9.- Mulla NY y Bates J: Cesárean Section Scars. Am J Obstet and Gynec 1961; 82: 669-672.
- 10.- Ruiz VV, Rodríguez J: Operación cesárea en México. Ginec Obs-tet Méx 1968; 24: 205-210.

- 11.- Rosas AJ: Cesárea segmento corporal. Ginec Obstet Méx 1970; 31: 211-220.
- 12.- Fragoso LD: Comentario al trabajo morbimortalidad materno fetal en cesárea iterativa. Ginec Obstet Méx 1978; 23: 627-630.
- 13.- Ruiz VV: Progresión of the cesarean section scar. Am J Obstet Gynec 1966; 95: 1119-1122.
- 14.- Ruiz VV, Rosas AJ: Cesarea corporal. Ginec Obstet Méx 1970; 27: 527-533.
- 15.- Johnson CE: Transverse presentation of fetus. JAMA 1964; 29: 82-87.
- 16.- Sptién JM: Comentario al trabajo: Cesárea corporal. Ginec Obstet Méx 1970; 27: 535-540.
- 17.- Ruiz VV: Cesárea corporal en: Ruiz VV, ed: La operación cesárea. México. Prensa Médica Mexicana, 1971; 152-161.
- 18.- Behney CA: Cesarean section delivery after death of the mother. J.A.M.A. 1961; 20: 617-619.
- 19.- Cloud IG: Cesarean section on the dead and the moribund. Obst Gynec. 1960; 16: 27-30.
- 20.- Danforth ND: Tratado de Obstetricia y Ginecología. 4th ed. Madrid, Interamericana 1986. 751.
- 21.- Blanco DJ: Infection following classical cesarean section. Obstet Gynec 1980; 55: 167-169.
- 22.- Nielsen FT: Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. Am J Obstet Gynec 1989; 160: 569-573.



- 23.- Ruiz VV, Rodríguez AJ: Dehiscencia de cicatriz uterina.  
Ginec Obstet Méx 1968; 24: 205-210.
- 24.- Góngora PL: Estudio histológico de la cicatriz de cesárea.  
Rev Colombiana Obstet Ginec 1969; 20: 145-150.