

11224  
66



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Unidad Académica:

Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, de Cd. Delicias, Chihuahua

Causas de operación cesárea en mujeres con embarazo a término, adscritas a la UMF del ISSSTE de Cd. Delicias, Chihuahua, del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1998.

I. S. S. T. E.  
DIRECCION MEDICA  
UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR  
CD. DELICIAS, CHIH.

Trabajo de investigación que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Francisca Mercado Ávila



Cd. Delicias, Chihuahua

1999

286510.

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

Causas de operación cesárea en mujeres  
con embarazo a término adscritas a la UMF del ISSSTE de  
Cd. Delicias, Chihuahua, del 1° de enero al 31 de Diciembre de 1998.

Trabajo que para obtener el diploma de especialización en  
Medicina Familiar presenta:

Dra. Francisca Mercado Ávila

~~Autorizaciones.~~

~~Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega~~

Jefe del Departamento de Medicina Familiar

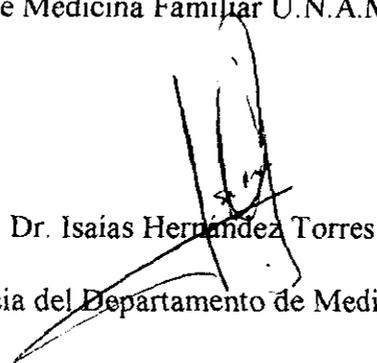
U.N.A.M.



Dr. Arnulfo Irigoyen Coria

Coordinador de Investigación del Departamento

de Medicina Familiar U.N.A.M.



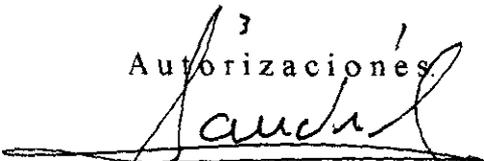
Dr. Isaiás Hernández Torres

Coordinador de Docencia del Departamento de Medicina Familiar U.N.A.M.

Causas de operación cesárea en mujeres  
con embarazo a término adscritas a la UMF del ISSSTE de  
Cd. Delicias, Chihuahua, del 1° de enero al 31 de Diciembre de 1998.

Trabajo de investigación que para obtener el diploma de  
Especialización en Medicina Familiar, presenta:

Dra. Francisca Mercado Avila

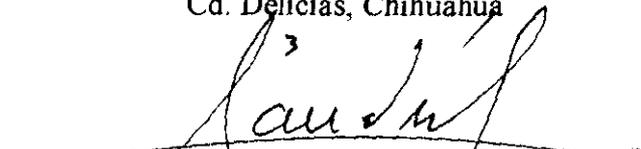
Autorizaciones  
  
~~Dr. Sandino Suárez Santiago~~

I. S. S. T. E.  
DIRECCION MEDICA  
UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR  
CD. DELICIAS, CHIH.

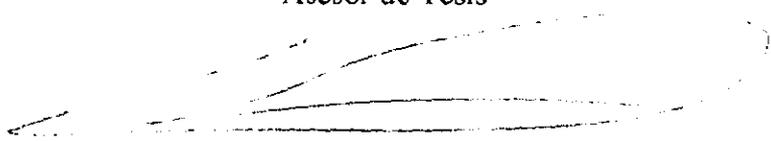
Profesor titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos

Generales en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de

Cd. Delicias, Chihuahua

  
~~Dra. Dolores González González~~

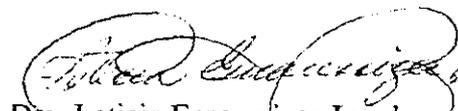
Asesor de Tesis

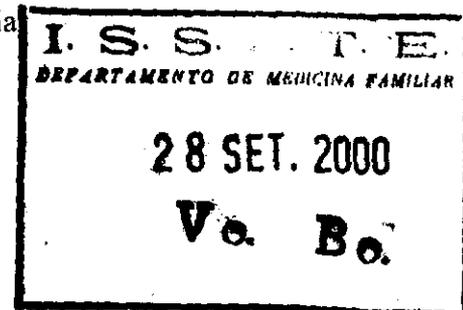
  
Dr. Pedro Dorantes Barrios

Profesor del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina. U.N.A.M.

Asesor de Tesis

  
Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado



Jefa del Departamento de Educación Médica Continua y Medicina Familiar

Jefatura de Servicios de Enseñanza del ISSSTE.

## Índice

I.	Marco Teórico .....	1
II.	Planteamiento del Problema .....	13
III.	Justificación .....	14
IV.	Objetivos .....	15
V.	Hipótesis .....	16
VI.	Metodología .....	17
VII.	Consideraciones Éticas .....	19
VIII.	Resultados .....	20
IX.	Discusión .....	25
X.	Conclusiones .....	26
XI.	Referencias Bibliográficas .....	27
XII.	Anexos .....	30

## I.- Marco Teórico

La operación cesárea, quizá la más antigua de las operaciones, tan útil y necesaria en la actualidad, ha pasado por innovaciones importantes e interesantes a través de toda la historia del hombre, para irse perfeccionando hasta el grado en que hoy la conocemos. <sup>1</sup>

Entendemos como operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, después que el embarazo ha llegado a la semana 27 de gestación o mayor. <sup>2-3</sup>

La cesárea puede definirse como el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero. Lo esencial de la intervención consiste en la incisión del útero (histerectomía); por lo tanto, no se refiere a la extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de ruptura de útero o de embarazo extrauterino. El origen del término con que se designa esta intervención es oscuro. Se han propuesto tres explicaciones principales:

1. Según la leyenda, Julio César nació de esta forma por lo que este procedimiento vino a conocerse con la designación de "operación cesárea". Sin embargo, son varias las circunstancias que restan fuerza a esta explicación. Primero, la madre de Julio César vivió durante muchos años después del nacimiento de éste. Y sin embargo incluso en el siglo XVII la intervención era casi siempre fatal según los escritores más dignos de confianza de este periodo. Es, por lo tanto, improbable que la madre de Julio Cesar sobreviviera a la intervención en el año 100 a. C. Segundo, no menciona la operación ningún escritor médico antes de la Edad Media, ya se refiera a mujeres vivas ya a muertas. En la monografía de Pickrell pueden consultarse los detalles históricos del origen de la familia "César".
2. Se ha creído que el nombre de la operación deriva de una ley romana que se supone promulgada por Numa Pompilio (siglo VIII a.C.) ordenando que se efectuara a

mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Según esta explicación, la ley, llamada *lex regia* al principio, vino a llamarse *lex caesarea* en tiempo de los emperadores y la intervención propiamente dicha se conoció con el nombre de *caesarea*. La palabra alemana "Kaiserschnitt" refleja esta derivación. Sin embargo, se dijo que Numa Pompilio era el sucesor de Rómulo, el mítico primer rey de Roma. Algunos escritos, atribuidos más tarde a Numa Pompilio, son considerados por los historiadores modernos como meras falsificaciones. Si, no obstante, esta intervención hubiera sido un requerimiento legal en la antigüedad, ciertamente la habrían mencionado los escritores médicos de ese periodo, pero no fue así.

3. La palabra cesárea con que se designa la intervención pudo derivar en algún momento de la edad media del verbo latino *caedere*, cortar. Es obvio que es afín a ella la palabra *caestura* que designa un corte o pausa en la línea de un verso. Esta explicación del término *Caesarea* parece más lógico, pero es incierto cuando se aplicó por primera vez para designar la intervención. Dado que "sección" deriva del verbo latino "seco", que también significa cortar, el término "sección cesárea" parece tautológico. Se acostumbra en Estados Unidos reemplazar el diptongo "ae" de la primera sílaba de la palabra "caesarean" por la letra "e"; sin embargo en Gran Bretaña la "ae" se conserva todavía.

**Indicaciones.** Las indicaciones de la cesárea se han discutido a propósito de las diversas circunstancias que alguna vez requieren esta intervención. En cerca de la mitad de las cesáreas que se realizan en la actualidad en Estados Unidos, la indicación principal y a menudo la única para realizarla consiste en la existencia de una cicatriz por una cesárea previa. La indicación más frecuente para realizar una cesárea primaria es la distocia. Una causa importante de distocia es la

"desproporción fetopelviana" llamada a menudo "desproporción cefalopélvica". Estos dos términos se emplean con profusión para designar un grupo numeroso de casos en que la distocia es el resultado de algún tipo de insuficiencia espacial. Los ejemplos más claros son la estrechez pelviana, la existencia de un tumor que obstruye el canal del parto o el hecho de que el niño sea de gran tamaño. No rara vez la conjunción de varios factores puede hacer que un caso pertenezca a esta categoría. Por ejemplo pueden asociarse dos o más de los siguientes factores: un niño de tamaño algo elevado junto a una alteración de poca importancia en el tamaño o arquitectura de la pelvis con flexión de la cabeza insuficiente, con lo que el diámetro presentado es mayor, sumado todo ello a disfunción uterina.

A veces es necesario realizar una cesárea por una serie de indicaciones asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención, si se considera aisladamente. Por ejemplo, una paciente preecláptica con estrechez moderada de la pelvis y con un feto cuya cabeza está sin encajar puede presentar disfunción uterina. Cuando se dan varias indicaciones parciales puede haber mayor peligro en el parto por vía vaginal de modo que, a veces, al sumarse estas fracciones crean una indicación por el conjunto de ellas. Sin embargo, a este fin es necesario tener capacidad de juicio, por lo que no resulta apropiado formular indicaciones fijas.

Otro método de análisis estadístico, posiblemente más informativo, consiste en investigar en que proporción de casos se ha realizado la extracción abdominal por una indicación determinada. A veces está indicado realizar la cesárea primaria en multíparas. Cerca del 15% de las terminaciones del parto por vía abdominal publicadas por Klein, Robbins y Gabaeff, fueron cesáreas primarias en multíparas. La indicación fue la hemorragia en la mayoría de los casos y, la desproporción cefalopélvica en aproximadamente 1/4 de ellos. En un estudio más reciente, Van Praagh y Tovell manifiestan que 1 de cada 6 cesáreas primarias realizadas en el Womens

Hospital de New York se efectuó en multiparas. En este grupo de pacientes, también contribuyó a la indicación la diabetes y el haber sufrido una intervención previa en la pelvis.

**Incidencia.** En una era médica anterior, se juzgaba la excelencia de un servicio de obstetricia por el bajo número de cesáreas realizadas en él. Sin embargo en la pasada década se ha producido un cambio considerable respecto a la validez de este criterio. No solo la cesárea se ha hecho cada vez más inocua para la madre, sino que, además el foco del pensamiento obstétrico se ha ido dirigiendo cada vez más hacia la sobrevivencia perinatal y evitar el trauma del niño durante el parto. Además la idea de que la cesárea convierte a una embarazada sana en una tullida obstétrica, en la actualidad se considera por muchos obstetras con un escepticismo cada vez mayor. No solo es posible, después de una cesárea, una serie de partos vaginales, sino que, como opina Piver y Johnston, no es raro encontrara casos con 4, 5 y aún 6 cesáreas. Si bien, la cesárea sigue siendo más peligrosa que el parto vaginal normal, son muchas las series de 1,000 cesáreas consecutivas sin una sola muerte materna. Han disminuído los peligros próximos y remotos del parto abdominal en tal grado que en el cambio del punto de vista experimentado es comprensible y recomendable.

**Elección del momento para repetir la cesárea.** La amenaza es tan seria, y los errores cometidos en la apreciación de la madures del feto tan frecuentes, que muchas clínicas siguen la norma de esperar a que comience el parto, antes de repetir la cesárea. En muchos casos, este programa puede ser el mejor, pero tiene los inconvenientes de cualquier intervención de urgencia, tales como la falta de preparación de la paciente, la falta de personal de anestesia y, en algunos hospitales, la dificultad de disponer de un quirófano a punto. Por lo tanto, parece mejor que se fije una fecha precisa, y que se realice la intervención como procedimiento de elección, pero solo si puede calcularse con seguridad, la madurez del feto. Se ha valorado recientemente el grado de precisión conseguido respecto al peso del niño antes de practicar la cesárea. El 50% de los casos

calculados a partir de la historia, la inspección y la palpación fue los bastante aceptable, con un error dentro del 10% del peso real al nacer. No obstante, la discrepancia en ciertos casos resultó muy grande. En general, cuando el recién nacido pesaba menos de 2.270 Kg el cálculo era demasiado alto. Por el contrario, cuando el feto pesaba más de 3.178 kg el cálculo fue, con frecuencia, demasiado bajo. Niswander y colaboradores, han valorado el empleo de las medidas uterinas externas para calcular el peso del niño. Sin embargo, este método no suministraba resultados más exactos que la palpación abdominal simple. Para poder tener confianza en que el niño es maduro, han de coincidir los tres datos siguientes: 1) la fecha esperada de fecundación, basada en el último periodo menstrual calculado por la paciente con aparente seguridad.; 2) que el peso del feto sea de 3 kg o más, calculado por un examinados con experiencia.; 3) auscultación clara del corazón fetal realizada por un examinador competente en la 20 semana de la gestación o antes y la apreciación de los movimientos fetales de la 16 a la 18 semana de la gestación calculada a partir del último periodo menstrual según declaración de la paciente. Si estos datos no están de acuerdo, se permitirá que comience el parto, de modo espontáneo antes de repetir la cesárea. La fecha fijada para practicar la cesárea no será antes de 10 días de la fecha calculada para la terminación del embarazo, a no ser que alguna otra complicación fuerce a adelantarla.

El laboratorio puede proporcionar datos adicionales que ayuden a calcular la madurez fetal. El análisis del líquido amniótico en caso de que el feto sea maduro, arrojará a menudo los siguientes resultados: una concentración de *creatinina* al menos de 2mg, *bilirrubina* en cantidad insignificante y *células epiteliales teñidas de color naranja* después de tratarlas con sulfato de azul Nilo. Mediante la ecografía es posible calcular razonablemente la madurez fetal midiendo el cráneo fetal y el volumen de la placenta.

**Contraindicaciones.** En la práctica de la obstetricia moderna no hay virtualmente ninguna contraindicación para realizar la cesárea, siempre que se elija la intervención adecuada.

No obstante, la cesárea se indica con menos frecuencia si el feto está muerto o es demasiado pequeño para sobrevivir. Son excepciones a esta generalización la existencia de una estrechez pélvica de tal grado que no sea posible de manera alguna el parto por vía vaginal; el desprendimiento placentario prematuro, estando el cuello duro, largo y sin dilatar; la mayoría de los casos de placenta previa, y la mayoría de los casos de situación transversa fetal que ha pasado inadvertida. Todavía se discute sobre la validez de las indicaciones sólo por parte del feto, lo cual antes no se consideraba como fundamento apropiado para practicar la cesárea. Sin embargo, en la práctica actual hay una tendencia creciente a recurrir a la cesárea en casos de sufrimiento fetal, que se manifieste por una frecuencia cardíaca fetal lenta o irregular y por la expulsión de meconio.

**Cesárea segmentaria.** En general, la intervención de elección es la que incide en el segmento inferior uterino, haciendo incisión transversa, por las siguientes razones: 1) disminuye el peligro de infección postoperatoria; 2) disminuye el peligro de obstrucción intestinal; 3) la incisión uterina recae en la zona de menos actividad uterina; 4) va acompañada de menor hemorragia y es más fácil de cerrar que la clásica, y 5) la probabilidad de que la cicatriz se rompa en un embarazo posterior es menor que con la incisión clásica.

*Técnica operatoria.* Una vez evacuada la vejiga con una sonda intravesical se coloca a la paciente en posición supina o en trendelenburg ligero. Se ha de hacer una incisión abdominal de 12 a 15 cm de longitud, que se extienda desde por encima del pubis hasta inmediatamente debajo del ombligo. Se desplazan hacia fuera los bordes de la incisión abdominal con separadores apropiados, quedando así expuesta la porción inferior del útero. Se coge el peritoneo laxo con unas pinzas de disección inmediatamente por debajo de su inserción firme a la pared anterior del útero y se efectúa una incisión en sentido transversal de casi la misma longitud que la existente entre los ligamentos redondos. Una vez hecho esto, se separan por disección roma el peritoneo y

la parte superoposterior de la vejiga urinaria de la pared uterina. De esta manera, se forman dos colgajos, uno superior corto correspondiente al peritoneo uterino y otro inferior algo más extenso que está formado por el peritoneo y por la superficie posterior a la vejiga urinaria.

La incisión uterina puede hacerse en sentido transversal o longitudinal. La incisión del primer tipo se llama a menudo "técnica de Kerr" y la última "técnica de Kronig". En cualquiera de los casos hay que tener cuidado de seccionar por completo la pared uterina sin lesionar al feto. Una vez hecha la incisión inicial con bisturí, se completa por lo general con unas tijeras de punto de roma o, en el caso de la incisión transversal, algunas veces se practica disección roma con los dedos. En la mayoría de los casos es preferible la incisión transversa, ya que para realizarla se requiere separar mucho menos la vejiga, es más fácil la extracción de la cabeza fetal y es más probable que la incisión en su totalidad quede en el segmento inferior. La incisión transversa ha de ser semilunar con la concavidad hacia arriba, procurando que sus extremos queden orientados hacia arriba, y a unos 3 cm de las arterias uterinas. Observando estas dos recomendaciones, se evitará la propagación de la incisión a las arterias, lo cual constituye el peligro principal de la incisión transversa. Si la incisión transversa se extiende y lesiona la arteria uterina, es posible casi siempre ligar el vaso con prontitud y cohibir así la hemorragia sin necesidad de recurrir a la histerectomía.

La extracción de la cabeza fetal del segmento inferior uterino, plantea a veces problemas considerables para el principalmente, pero con un poco de experiencia llega a realizarse sin dificultad. Con frecuencia se facilita la operación, sacando la cabeza de la pelvis antes de hacer la incisión en el segmento uterino inferior. Si se practica una incisión vertical, hay que introducir una mano entre el pubis y la cabeza y rotar ésta hacia delante; se retira entonces la mano y, en la mayoría de los casos, en que se emplea esta incisión, se extrae la cabeza con fórceps. Si se hace incisión transversa, la extracción de la cabeza fetal no plantea problema alguno o lo plantea muy

pequeño. Se introduce una mano entre la cabeza y la sínfisis y se rota la cabeza ligeramente hacia atrás. Una tracción hacia arriba basta para desprender la cabeza por extensión. Existen por supuesto otros muchos métodos satisfactorios de desprender la cabeza. Si la cabeza está muy profunda en el canal del parto, puede resultar muy ventajoso que un ayudante provisto de un guante estéril la desplace hacia arriba empujando a través de la vagina. Es similar el cierre de ambos tipos de incisión realizados en el segmento inferior. Después de desprender y extraer la placenta, se pinzan los bordes de la incisión del miometrio, con unas pinzas orales de anilla, en T, u otros instrumentos. Se comienza a cerrar por un extremo de la incisión utilizando una sutura continua. En algunas clínicas se cierran ambos planos con sutura continua. Muchos obstetras prefieren realizar esta sutura en el miometrio sin que quede incorporada la decidua. Sin embargo es discutible que este detalle técnico posea gran importancia para la curación eventual de la cicatriz. Un segundo plano de sutura comprende estratos más superficiales del miometrio. Una vez cerrado el segmento inferior del útero, se atrae hacia arriba al colgajo vesical y se sutura al colgajo superior del peritoneo visceral mediante sutura continua. Los estudios histerográficos realizados por Poidevin y en fecha más reciente por Waniorek sugieren que las suturas continuas, el número excesivo de puntos, así como la inclusión de la decidua resultan desfavorables para la curación de la cicatriz. Sin embargo, Schiler y colaboradores en un extenso estudio concluyen diciendo que la histerografía realizada a los 2 y 5 meses del postparto no sirvió para predecir la integridad definitiva de la cicatriz uterina. Excepto en circunstancias especiales, para realizar la cesárea en el segmento inferior ha de seguirse la técnica estándar. Esta técnica en realidad no es ni más difícil ni consume más tiempo que la intervención clásica.

Con mínima experiencia puede realizarse con tanta facilidad y rapidez como la intervención clásica es más difícil, y se tarda más en realizarla, que la del segmento inferior.

**Pronóstico.** La mortalidad materna por cesárea, realizada por menos componentes es del 0,2% o menos. Muchas clínicas presentan series de más de 1,000 cesáreas sin un solo caso mortal. Davis, por ejemplo, manifiesta que la mortalidad entre 1,962 cesáreas realizadas en el Chicago Lying-In Hospital fue sólo del 0,1% y que los dos fallecimientos ocurrieron a causa de una embolia pulmonar. Entre las 3,285 cesáreas de repetición electivas de la Obstetrical Statistical Cooperative, efectuadas en mujeres que no habían comenzado el parto y que no presentaban ninguna complicación en el embarazo, no hubo ni un solo caso de muerte materna. Entre los 242 casos de mujeres fallecidas a las que se había hecho cesárea, publicados por Gordon, 48 se debían a la anestesia. La anestesia puede ser en realidad, más peligrosa en la actualidad que la intervención propiamente dicha. El máximo de mortalidad perinatal por cesárea puede llegar a ser del 12%. Sin embargo, Pedowitz, Schwartz y Goldberg señalan que este cálculo estadístico es falso, porque comprende la mortalidad perinatal correspondiente a las intervenciones realizadas por indicación y electivas. Las cesáreas por indicación corresponden a aquellas efectuadas con motivo de una complicación obstétrica, la cual, a menudo, resulta deletérea para el feto y que además puede reforzar a extraer un feto prematuro. En este grupo, la mortalidad perinatal es necesariamente alta mientras que en el correspondiente a las cesáreas electivas la mortalidad debería ser muy similar a la que se registra en caso de parto por vía vaginal. No obstante, Hall, Kohl y Schecter han señalado el error inherente a la realización de la cesárea electiva en fecha tan precoz que la prematuridad se convierta en un factor determinante de la mortalidad perinatal total fue del 0,91% y la correspondiente a fetos a término fue del 0,85%.

Por diversas razones se han incrementado las indicaciones en los últimos veinte años con el objeto de reducir la morbilidad y mortalidad perinatal. En México se ha observado un aumento

progresivo de la operación, en 1948 fue de 3.4%, en 1966 de 5.5%, en 1982 de 17.0%, en 1984 de 24.2%, en 1996 en el Hospital Militar de México informan de una incidencia de 26.84%. 2

En relación a la mortalidad materna no hay la menor duda que con operación cesárea se aumenta hasta siete veces más, comparada con la atención de parto vaginal; también se incrementa importantemente la morbilidad perinatal. 4-5

La evidencia de que en todo el mundo y especialmente en México la frecuencia de cesáreas se haya incrementado exponencialmente hasta niveles mayores de 60% de todos los nacimientos, ha planteado en instituciones públicas y privadas la posibilidad de buscar estrategias para reducirlas. 4-6

Múltiples factores contribuyen a la tendencia ascendente de este procedimiento. El incremento en el diagnóstico de sufrimiento fetal, unido a la capacidad limitada para interpretar correctamente sus hallazgos, el viejo dogma establecido por Craigin en 1919: “Una cesárea siempre será seguida de otra” y vigente desde entonces en muchos servicios de obstetricia, la normatividad en muchos hospitales de que en todos los casos de presentación pélvica, con y sin consecuencias legales, los incentivos económicos y prácticos para los profesionales de la salud, la oportunidad de ejercitar la técnica quirúrgica en los hospitales docentes, entre otros. 7-9

De acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades, las indicaciones de la operación cesárea se han dividido en cinco principales categorías:

1. Distocia de Contracción.- Falla en el progreso del trabajo de parto. Es la indicación más frecuente para practicar la operación cesárea. En muchas instituciones se utiliza como sinónimo de desproporción cefalopélvica, inercia uterina o distocia de contracción.
2. Presentaciones anormales.- Debido a la limitación de la atención del parto pélvico y a la proscripción de la versión por maniobras, es la segunda causa de indicación.

3. Sufrimiento fetal.- Como resultado de los avances en el monitoreo de las condiciones del producto por medio del perfil biofísico.

4. Cesárea de repetición.- Por el riesgo potencial de complicación durante el trabajo de parto.

5. Otros.- En esta categoría se incluyen los estados hipertensivos sobre todo cuando el cérvix no es adecuado para la inducción, la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta., prolapso de cordón umbilical y ruptura prematura de membranas. Las pacientes con diabetes mellitus y otras complicaciones que se deben de analizar individualmente como la infección por herpes genital. 2

De la misma manera podemos establecer que existen causas relacionadas con la madre y con el producto; dentro de las primeras la cesárea previa, la toxemia del embarazo, la primigesta añosa y la distocia de contracción ocupan el más alto porcentaje; para las segundas el sufrimiento fetal agudo, la posición anormal y la macrosomía.

La operación cesárea no asegura un nacimiento no traumático, debido a que también puede haber atrapamiento de la cabeza última de igual manera que para el aparato vaginal y con el mismo riesgo para el neonato de presentarse traumatismo obstétrico. 8

A pesar de las múltiples ventajas que ofrece la operación cesárea, han comenzado a surgir problemas debido al abuso de este procedimiento, convirtiéndose esta situación en un verdadero problema de salud pública. 7-10.

La complicación postoperatoria más frecuente es la endometritis, existe relación directa entre el proceso infeccioso y la duración del trabajo de parto, ruptura prematura de membranas y el número de exámenes vaginales durante el parto. La endometritis ha sido la causa más común de morbilidad infecciosa posterior a cesárea, se presenta entre 6 y 45 % de los procedimientos, el empleo de los antibióticos profilácticos, en pacientes con factores de riesgo, ha logrado disminuir

su incidencia. El segundo lugar de las complicaciones fueron las infecciones de vías urinarias y la infección de la herida quirúrgica.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mayor, con complicaciones transoperatorias y postoperatorias, aún tratándose de cirujanos experimentados. Ocurren complicaciones transoperatorias con mayor frecuencia cuando la cesárea se realiza en circunstancias de urgencia que cuando son electivas, es rara la lesión a estructuras adyacentes, incluyendo el útero, la vejiga o intestino con 0.3 % y 0.1 % de complicaciones por laceración vesical y ureteral respectivamente.

## **II.- Planteamiento del Problema**

Se desea conocer las causas de la operación cesárea en mujeres con embarazo a término, debido a su alta incidencia y desde un consultorio de medicina familiar debe saberse si hubo justificación para su realización; si la práctica de la medicina familiar pudieron haberla evitado por medio de un buen control prenatal (dedicando mayor atención a primigestas añosas o muy jóvenes orientándolas sobre todo los riesgos y tratando a cada una con interés) solicitando el apoyo del segundo nivel de atención cuando sea requerido. Atención especial a las multigestas por la alta incidencia de distocias de partes blandas. Debe enviarse toda mujer embarazada aún sin complicaciones a valoración ginecológica después de la semana 28 de gestación y principalmente a las embarazadas que independientemente de su edad en años, paridad, semanas de gestación, hayan tenido una cesárea anterior, para tratar de evitar otra si la causa que la origina puede ser prevenible desde el consultorio del médico familiar.

¿Cuáles son las causas de operación cesárea en mujeres con embarazo a término, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de Cd. Delicias, Chihuahua, del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1998?

### **III.- Justificación**

Es bien conocido y está establecido que en los últimos años, ha aumentado la frecuencia de operación cesárea en nuestro medio y en el país. Esto, incrementa el riesgo de morbilidad materna y fetal; costos más elevados, relacionados con la atención médico-quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, pérdida de la dinámica familiar por la incapacidad física materna.

Conjuntamente con el incremento en la tasa de cesárea, los casos médico-legales también se han incrementado 25 veces más que en los pasados 10 años, esto probablemente se debe a la existencia de mayor información en los medios de comunicación sobre problemas de parálisis cerebral, su relación con los eventos durante el trabajo de parto y que la cesárea puede evitar este tipo de problema cuando el obstetra los identifica oportunamente. Existen informes en la literatura que señalan que el abuso en este proceder quirúrgico está asociado con una mortalidad materna más elevada. Stembera en su estudio sobre cesárea realizado en la república Checa en 1994, informó de un riesgo cuatro veces mayor de muerte materna en las mujeres sometidas a la operación cesárea que en las que parieron.

Desde la perspectiva de los servicios de salud, la elevada frecuencia de la operación cesárea también tiene importantes implicaciones, ya que esta intervención consume un exceso de recursos humanos y materiales dedicados a la atención obstétrica, tanto como consecuencia de la operación misma, como de los días adicionales de internamiento que una mujer requiere en estos casos, así como por la atención de las complicaciones que son más frecuentes en el puerperio post-cesárea que en el post-parto.

#### **IV.- Objetivos.**

General: Identificar las principales indicaciones por las que se practicó operación cesárea en mujeres con embarazo a término adscritas a la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de Cd. Delicias, Chihuahua, del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1998.

Específico: Determinar cuales son las causas maternas y cuales las fetales relacionadas con la operación cesárea, según grupos de edad, semanas de gestación y paridad, y compararlo con lo publicado en otros trabajos reportados en la literatura nacional e internacional, para concluir en las estrategias que debemos tomar para abatir en nuestro medio la práctica de la operación cesárea.

**V.- Hipótesis.**

No necesaria por tratarse de un estudio descriptivo.

## **VI.- Metodología**

### **1.- Tipo de estudio**

Observacional

Descriptivo

Transversal

Retrospectivo

### **2.- Población, lugar y tiempo.**

Mujeres con embarazo a término adscritas a la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de Cd. Delicias, Chihuahua, del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1998.

### **3.-Tipo y tamaño de la muestra**

El tipo de la muestra es no aleatoria; y el tamaño de la misma es de 40 que incluye todo el universo de trabajo.

### **4.-Criterios de selección.**

#### **4.1 Criterios de inclusión.**

- Mujeres.
- Embarazo a término.
- Adscripción a la UMF del ISSSTE de Cd. Delicias, Chihuahua.
- Operación cesárea del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1998.
- Expedientes clínicos completos, claros y legibles.

#### **4.2 Criterios de exclusión.**

- Mujeres no adscritas a la UMF del ISSSTE de Cd. Delicias, Chihuahua.
- Embarazo de pretérmino.
- Parto normal.

#### 4.3 Criterios de eliminación.

- Adscripción a otra unidad del ISSSTE no sujeta a estudio.

#### 5.- Variables de medición.

Se utilizaron variables dependientes e independientes.

#### 6.- Procedimiento de captura de la información.

Se acudió al servicio de estadística a investigar los datos necesarios para realizar el estudio, utilizando los egresos hospitalarios y los libros de registro de cirugías realizadas del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1998 en la Clínica Hospital de Cd. Delicias, Chihuahua, nivel de apoyo de la UMF y en el departamento de archivo clínico se revisaron los expedientes de las mujeres sujetas a estudio.

## **VII. Consideraciones éticas.**

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki, así como al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de la Secretaría de Salud.

## VIII.- Resultados.

De nuestro universo de trabajo encontramos que la mayor prevalencia se encuentra entre los 31 y los 35 años de edad con 15 casos (37.5 %); con un rango de edad de 15 a 39 años (promedio de 29). Cuadro y gráfica 1.

En cuanto a la paridad, la operación cesárea se realizó en 6 pacientes nulíparas (15 %); con paridad entre uno y tres hijos en 34 pacientes (85 %) y con paridad de más de cuatro hijos en ningún caso. Cuadro y gráfica

No encontramos variación importante entre las semanas de gestación, para determinar la interrupción del embarazo después de la semana 38, correspondiendo a esta el 25 %, en la semana 39, el 30 % y en la semana 40 en 27.5 %. El resto, corresponde a los casos de la semana 37 (15%), y después de la semana 40 (12.5%). Cuadro y gráfica 3.

Finalmente diferenciamos las causas de operación cesárea inherentes a la madre y relacionadas con el producto, encontrando que el 87.5 % corresponde a causa relacionada con la madre, siendo la más frecuente la cesárea previa, le sigue desproporción cefalopélvica, ruptura prematuras de membranas, preclampsia y distocia. El 12.5 % restante corresponde a las causas relacionadas con el producto y como causa preponderante el sufrimiento fetal agudo y posición anormal. Cuadro y gráfica 4.

### Cuadro 1

#### Edad de las pacientes postoperadas de cesárea

Años	Nº pacientes	%
15-20	4	10.0
21-25	7	17.5
26-30	8	20.0
31-35	15	37.5
36-40	6	15.0
Total	40	100.0

Fuente: Cédula de recolección de datos.

### Cuadro 2

#### Paridad de las pacientes postoperadas de cesárea

Nº de hijos	Nº pacientes	%
0	6	15.0
1	16	40.0
2	13	32.5
3	5	12.5
>4	0	0
Total	20	100.0

Fuente: Cédula de recolección de datos.

### Cuadro 3

#### Semanas de gestación

Nº semanas	Nº pacientes	%
37	2	5.0
38	10	25.0
39	12	30.0
40	11	27.5
>40	5	12.5
Total	40	100.0

Fuente: Cédula de recolección de datos.

### Cuadro 4

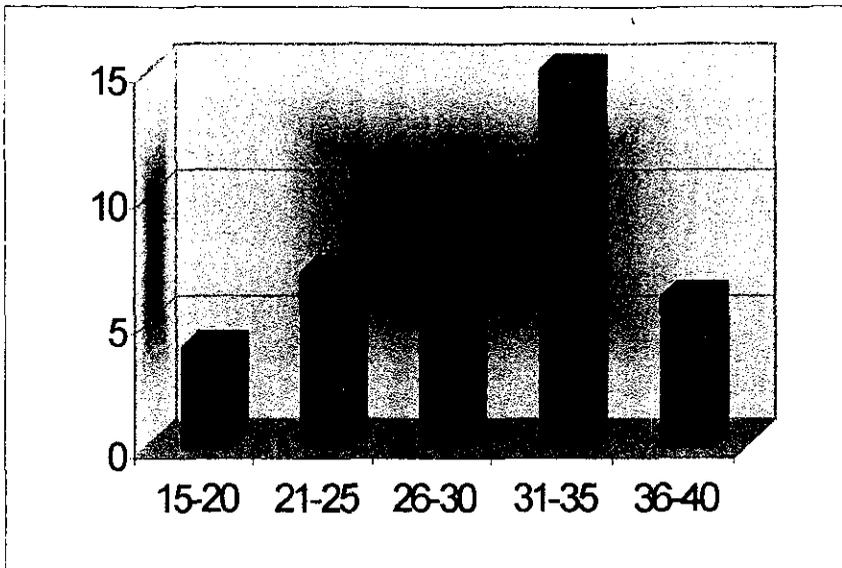
#### Causas de cesárea

Causa	Nºpacientes	%
Cesárea Previa	25	62.5
Desproporción cefalopélvica	7	17.5
Sufrimiento fetal agudo	4	10.0
Ruptura prematura de membrana	1	2.5
Preclampsia	1	2.5
Posición anormal	1	2.5
Distocia	1	2.5
Total	40	100.0

Fuente: Cédula de recolección de datos.

**Gráfica 1**

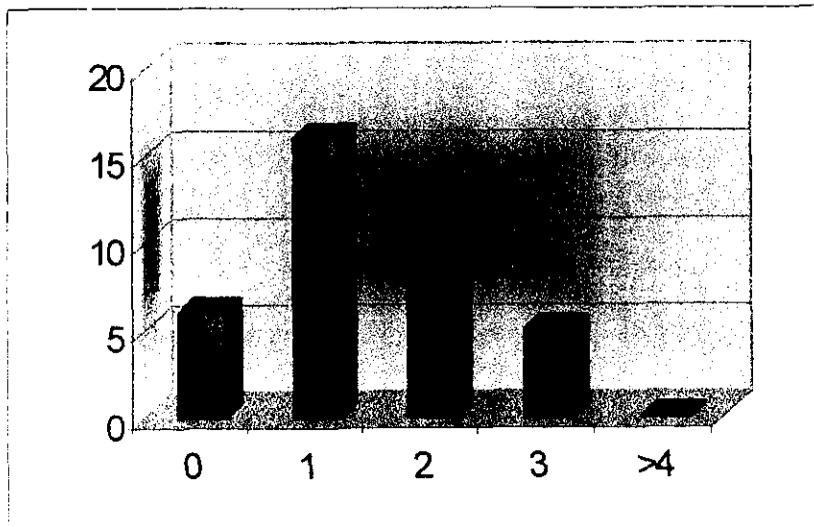
Edad de las pacientes postoperadas de cesárea.



Fuente: Cédula de recolección de datos.

**Gráfica 2**

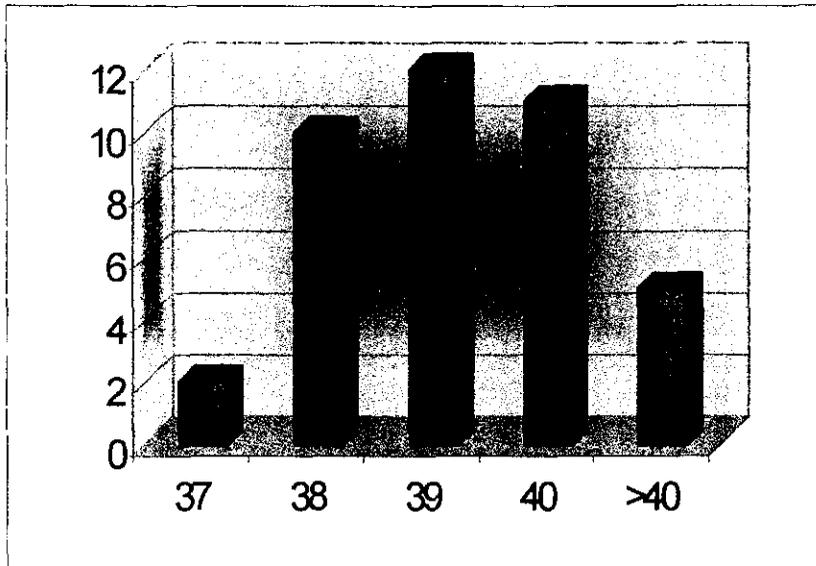
Paridad de las pacientes postoperadas de cesárea



Fuente: Cédula de recolección de datos.

**Gráfica 3**

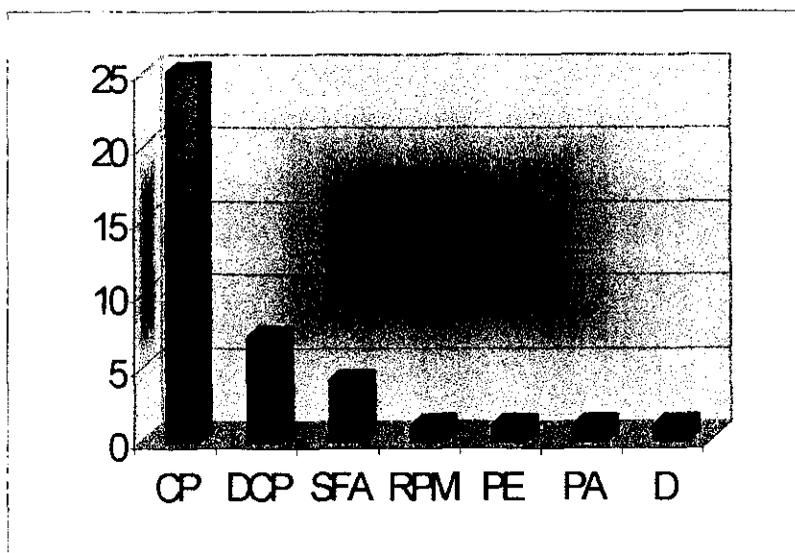
Semanas de gestación.



Fuente: Cédula de recolección de datos.

**Gráfica 4**

Causas de cesárea



Fuente: Cédula de recolección de datos.

## **IX.- Discusión.**

Hemos visto en este presente estudio, que la operación cesárea sigue siendo una de las principales causas de cirugía en cualquier hospital.

No difiere mucho de lo reportado en la literatura nacional e internacional, por Cabezas y cols. en México y Mc Mahon y cols. en Inglaterra. 7-9

Es causal de operación cesárea la edad de la paciente, debido a que en las mujeres jóvenes en su mayoría están relacionadas a desproporción cefalopélvica o distocia de partes blandas.

Múltiples causas pueden estar relacionadas con el número de gestaciones, pero no es condición los embarazos previos para determinar la interrupción del embarazo, sea cual fuere la causa. 15

Relacionado con el número de gestaciones encontramos que no diferimos de lo publicado en otros trabajos, como el de Olivares y cols. en el Hospital Central Militar; ya que, el embarazo de término comprende más allá de la semana 37. 1

Quizá quede bien entendido que sigue vigente el dogma establecido por **Craigin** desde 1919 “una cesárea siempre será seguida de otra”, y que el sufrimiento fetal por cualquier causa sigue siendo la etiología más frecuente relacionada con el producto. 23

Se sugiere, mayor vigilancia del trabajo de parto para disminuir la morbilidad materno fetal relacionada con el procedimiento y sobre todo abatir costos e incapacidad materna. 2

## **X.- Conclusiones.**

En nuestro medio hospitalario, la causa más común de operación cesárea es la cesárea previa, seguido de desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal agudo.

Debemos vigilar a nuestros pacientes durante la etapa crítica al final del embarazo, haciendo hincapié en aquellas que tienen antecedentes de cirugía uterina, una buena evaluación pélvica, cálculo prenatal del peso del producto, la calidad de la atención hospitalaria y de los cirujanos con el fin de reducir los índices de operación por estas causas 2.

Hay evidencias fundamentadas para buscar acciones tendientes a reducir el número de cesáreas, no solo con base en el presente estudio sino también en lo que indica la norma oficial de actitud del médico en relación a la práctica de la cesárea que deberá modificarse con base en más estudios fundamentados que debieran realizarse en nuestro país 4.

Aquí cabe una pregunta ¿por qué ha aumentado el número de cesáreas?, es difícil contestar en forma categórica en esta interrogante, sin embargo, creemos que son tres factores importantes los que han demostrado este aumento: antecedentes de una cesárea previa, sufrimiento fetal y temor del médico a ser demandado por la paciente 4.

Y, por último la tendencia de ésta operación es seguir aumentando, si no se realizan acciones concretas y rápidas para disminuir la misma 7, debiendo establecerse programas adecuados en el primer nivel de atención, para primigestas jóvenes o añosas, según tipo de alimentación, estado socioeconómico y dinámica familiar.

## XI.- Referencias Bibliográficas

1. OLIVARES Morales AS, Santiago Ramirez JA, Cortés Ramírez P. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el hospital central militar. *Ginec Obstet Méx* 1996; 664:79-84.
2. TREVIÑO Tamez G, Puente González H. Indicación de la operación cesárea: revisión de 300 casos. *Ginec Obstet Méx*; 1998; 66:411-413.
3. INSTITUTO Nacional de Perinatología Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología Mex. 1990: P.O. 11
4. GUZMÁN Sánchez A, Martín de Alba A, Alfaro Alfaro N.: ¿La reducción de Cesáreas de 28 a 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal; la gran duda? *Ginec Obstet Mex*; 1998; 65:122-125.
5. SUMARIO Obstétrico. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Autores: Profesores del 7º Semestre de la Carrera de Medicina. Universidad de Guadalajara, México. 1995 CUCS.
6. CAJIGA MR, Mendoza YDL, Murguía GH y Col.: Justificaciones Actuales de la Operación Cesárea, *Ginec Obstet Méx*. Abstract V. 1994; suplemento:31
7. CABEZAS E, Delgado Lara A, Morales del Olmo A, Pérez Palacios G. Comportamiento de la Cesárea en la SSA durante el periodo 1990-1995. *Ginec Obstet Méx*. 1998; 66:335 - 338.
8. NERI Ruiz E, Valerio Castro E, Cárdenas Arias R, Navarro Milla C. Presentación Pélvica ¿Siempre Cesárea? *Ginec Obstet Mex*. 1997; 65:474-477.
9. MC MAHON M, Luther ER, Buwes WA, Olshan A. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *The New England Journal of Medicine* 1996;335(10):689-700.
10. MACFARLANE A, Chamberlain G. What is happening to cesarean section rates?. *The Lancet*. 1993;342:1005-1006.

11. VILLALOBOS A, COUTIÑO ME. Frecuencia de cesárea en embarazos de término con ruptura prematura de membranas. *Ginec. Obstet. Méx.* 1998; 452-455.
12. GREGG AR. Rupture premature of membranes, *Introduction Obstet Gynecol Clin North Am* 1992; 19: 247-353.
13. BOLETIN Informativo de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia AC Vol 1, N° 6, Oct,1996.
14. CHAVEZ AJ, SOBERON AJ, CASTELAZO AL. Operación Cesárea y mortalidad materna. Factores predisponentes. *Ginec. Obstet. Méx.* 1967; 22: 163-167.
15. NARRO JR, CAMUS R, DELIENS C, GUTIERREZ E. Tendencia de los embarazos terminados por cesárea en el Distrito Federal. *Salud Pública Mex* 1984 ;26: 381-388.
16. NOTZON FC, International Differences in the Use of Obstetric Interventions, *JAMA* 1990;363:3286 – 3291.
17. FLAMM BL, GOINGS J, LIU Y. Elective Repeat Cesarean Delivery Versus Trial of Labor: a prospective Multicenter Study. *Obstetric and Gynecology* 1994; 83(6):927-936.
18. AMIRIDIA H, EVANS TN. Cesarean section a 15 years review of changing incidence, indication and risk. *Am J obstet Gynecol* 1981; 140 : 81-84.
19. STAFFORD RS, SULLIVAN SD, GARDNER LB. Trends in cesarean section use in California, 1993 to 1990, *Obstet Gynecol* 1993; 168: 1297-1302.
20. DUFFP, HUFF RW, GIBBS RS. Management of premature rupture of membranes and favorable cervix in term of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 697-702.
21. MORALES WJ, BAZAR AJ. Expectant management of premature of membranes al term *Obstet Gynecol* 1984; 63: 697-702.

22. BERNSTEIN I, CASTALANO P. Examination of factors contributing to the risk of cesarean delivery in women with gestational diabetes. *Ostet Gynecol* 1994; 83: 462-465.
23. NORMA Oficial mexicana para la atención del embarazo, parto y puerperio y recién nacido (NOM007). Secretaria de Salud, 1995.
24. SEWELL JE. Cesarean section a brief history. *American College of Obstet Gynecol* 1993;1: 1-15.
25. SISTEMA estatal de información básica, Subsistema de recursos, Dirección general de estadísticas e informática. Secretaria de Salud, 1996.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

**XII.- Anexos**

	Nombre	Cédula	Edad	Nº Emb.	Semanas de emb.	Fecha	Causas	
							Maternas	Fetales
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

	Nombre	Cédula	Edad	Nº Emb.	Semanas de Emb.	Fecha	Causas	
							Maternas	Fetales
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								