

11217

69

UNIVERSIDAD NACIONAL, AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE POSTGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DE ESTADO

HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE

INDICACIÓN DE OPERACIÓN CESÁREA: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL DE
UN AÑO.

TÉSIS DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. CARLOS RAFAEL JUÁREZ BARRAGÁN

MÉXICO, D.F. 2001.



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

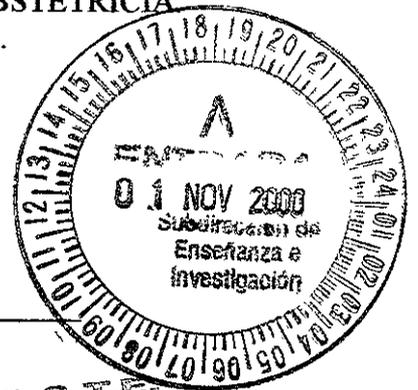
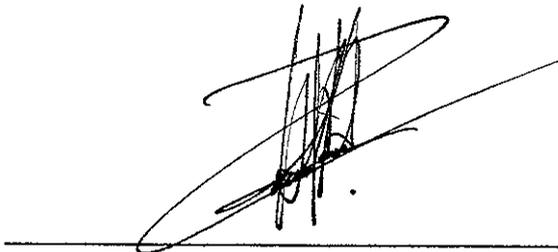
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA MOTA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE.



DR. RAMÓN AGUSTÍN PASCACIO PÉREZ.
ASESOR DE TESIS.
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE.

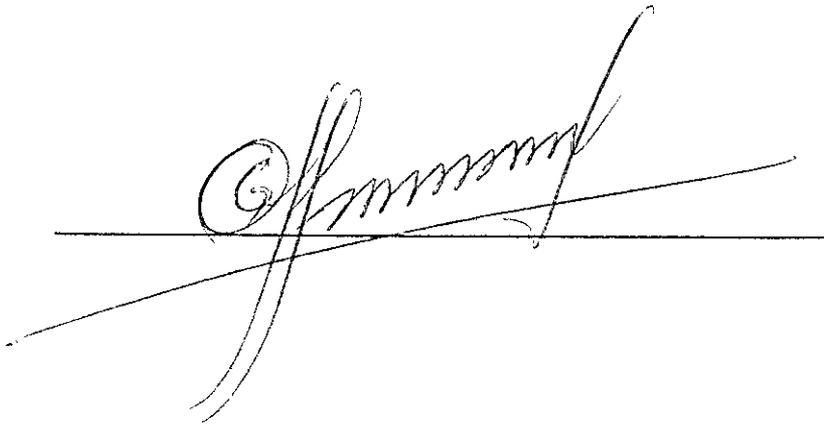


I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCIÓN MÉDICA

31 OCT 2000

HOSP. REG. 1o. DE OCT COORDINACION
DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. HORACIO OLVERA HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE.



INDICE

Resumen	1
Summary.....	2
Introducción.....	3
Material y Métodos.....	4
Resultados.....	5
Comentario.....	14
Conclusión.....	15
Bibliografía.....	15

INDICACIÓN DE OPERACIÓN CESÁREA: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL DE UN AÑO.

DR. CARLOS RAFAEL JUÁREZ BARRAGÁN.

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "1° de Octubre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

RESUMEN

El creciente aumento de los índices de operación cesárea obliga a realizar un análisis de sus indicaciones. El presente trabajo se realizó de Enero a Diciembre de 1999, de un total de 2074 pacientes atendidas en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE. Se analizó la frecuencia e indicaciones clínicas. En relación a los nacimientos, la frecuencia de operación cesárea fue de 46.4%.

Las principales causas fueron: Desproporción cefalopélvica 35%, Sufrimiento fetal agudo 20.5%, cesárea de repetición 17.1%, situación anormal 10.4% y otras causas 17.2%.

La observación acuciosa de las indicaciones en cada Institución podrá proyectar mejores argumentos para la disminución de tan alarmantes índices.

SUMMARY

The increasing rise of cesarean section rate invites to analyze its indications. The present study was done from January to December 1999, of a total 2074 patients, all of them attended in the Regional Hospital 1° de Octubre of ISSSTE. Frequency and clinical indications were analyzed. As to births, frequency was 46.4%, Main causes were: cephalopelvic disproportion 35%, acute fetal suffering 20.5%, iterative section 17.1%, abnormal position 10.4% another causes 17.2%.

The careful observation of indications in every institution, may produce better reasons for reducing such high indexes.

INTRODUCCION

A través de la Historia, en la atención obstétrica se han modificado las indicaciones para la operación cesárea, según al lugar y las ideas que prevalecen en dicha época. (1).

Por diversas razones se han incrementado las indicaciones en los últimos 20 años con el objeto de reducir la morbilidad y mortalidad perinatal. (2). En México, no ha sido la excepción, se ha observado 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 1998 en el Hospital Regional No. 23 del IMSS fue de 45.08%, (3).

No obstante, el riesgo de complicaciones maternas persiste y es de 4 a 8 veces mayor que el parto vaginal. (4).

Entendemos como operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene como objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto; a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina, después que el embarazo a llegado o pasado la semana 27 de gestación. (5).

Conforme a la clasificación Internacional de Enfermedades se ha dividido a las indicaciones de la operación cesárea en cinco principales categorías. (6):

1. Distocia de contracción: falla en el progreso del trabajo de parto. Es la indicación más frecuente para practicar cesárea; por lo general se utiliza como sinónimo de desproporción cefalopélvica o distocia de contracción. (7).

2. Presentaciones anormales: debido a la limitación del parto pélvico y a la proscripción de versión por maniobras externas. (8).

3. Sufrimiento fetal: como resultado de los avances en el monitoreo de las condiciones fetales a través del perfil de biofísico. (9).

4. Cesárea de repetición: por el riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto. (10).

5.Otros: en esta categoría se incluyen los estados hipertensivos asociados al embarazo, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, prolapso de cordón, ruptura prematura de membranas, diabetes mellitus, herpes genital, etc. (9).

De acuerdo a los conocimientos de la literatura universal y en la experiencia de cada institución, las indicaciones de cesárea se dividen en absolutas y relativas. Absolutas son todas aquellas indicaciones en donde no existe controversia para su realización, y relativas son todas aquellas indicaciones donde puede existir discusión para su realización. (5)

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo de 918 casos de operación cesárea en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, en el periodo comprendido del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1999.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) mujeres embarazadas con ó sin control prenatal en la institución; 2) con embarazo normal ó de alto riesgo; 3) edad gestacional mayor de 27 semanas y 4) que la interrupción del embarazo haya sido por cesárea.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: 1) edad gestacional menor a 27 semanas y 2) parto por vía vaginal.

La única variable analizada, fue la indicación de operación cesárea y el número de nacimientos en el periodo de estudio. Información que se tomó directamente del expediente clínico y del registro diario de procedimientos de la unidad toco-quirurgica.

Los resultados obtenidos se analizaron de acuerdo a la media aritmética y la moda; para describirlos en medidas porcentuales.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se presentaron 2074 nacimientos, de los cuales 964 (46.4%) correspondieron a operación cesárea y 1110 (53.6%) a parto por vía vaginal. Gráfica 1.

Del total de las indicaciones de operación cesárea se encontró lo siguiente: Gráfica 2. Desproporción cefalopélvica 334 casos (35%), sufrimiento fetal agudo 219 (20.5%), cesárea de repetición 157 (17.1%), situación anormal 96 casos (10.4%), y otras causas 158 casos (17.2%)

Se observó que 449 casos (46.7%) correspondieron a indicaciones absolutas de cesárea; y 515 casos (53.3%) correspondió a indicaciones relativas. Gráfica 3

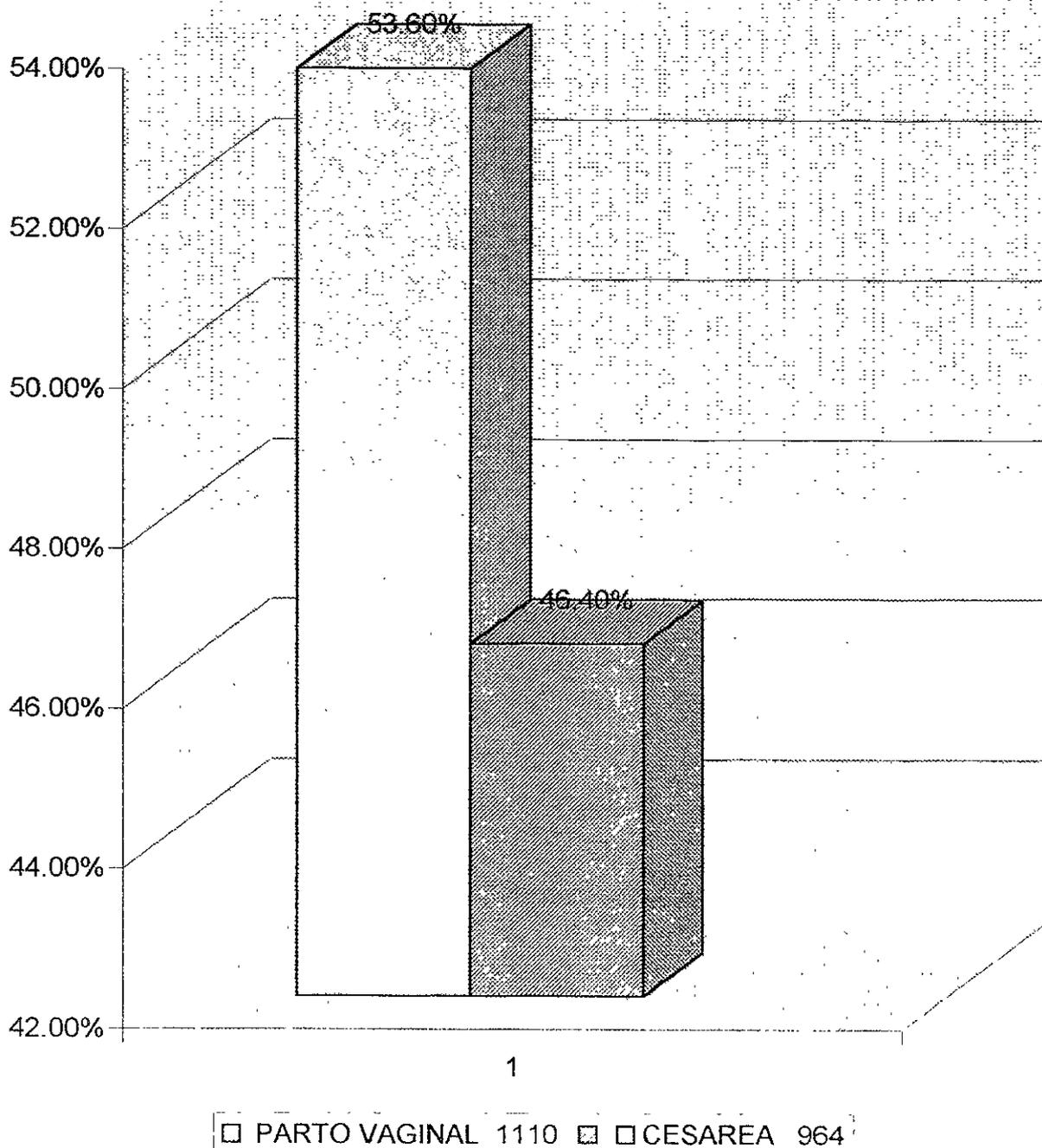
De los casos observados de desproporción cefalopélvica (334 casos 35%); 120 (37.7%), fueron por indicación materna, 78 (24.5%) por indicación fetal, 65 (20.4%) por indicación maternofetal y en 55 casos (17.2%) no se justificó la indicación de operación cesárea. Gráfica 4.

En relación al sufrimiento fetal agudo (219 casos 20.5%) como indicación de cesárea observamos que en 95 casos (50.2%), se corroboró insuficiencia placentaria, en 70 casos (37%) compromiso funicular, y en 24 casos (13.7%) no se justificó la indicación. Gráfica 5.

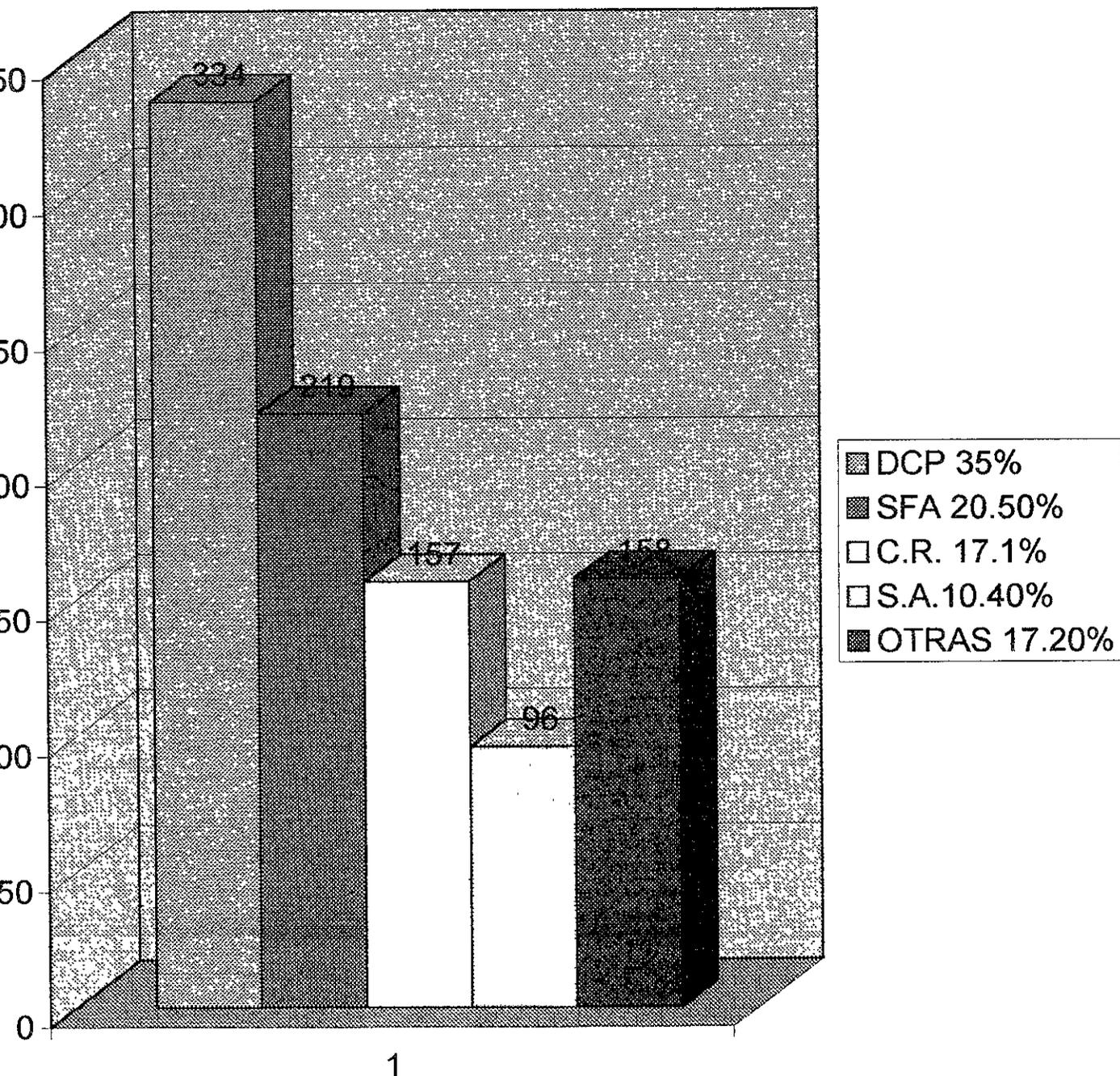
Observamos que en cesárea de repetición (157 casos 17.1%), 94 casos (59.8%) la indicación fue por cesárea iterativa, en 31 casos (19.8%) por dolor en el segmento uterino y en 32 casos (20.4%) se relacionó con período intergenésico corto. Gráfica 6.

La situación anormal (96 casos, 10.4%) observó 68 casos (70.9%) para la presentación pélvica y 28 casos (29.1%) para la situación transversa. Gráfica 7.

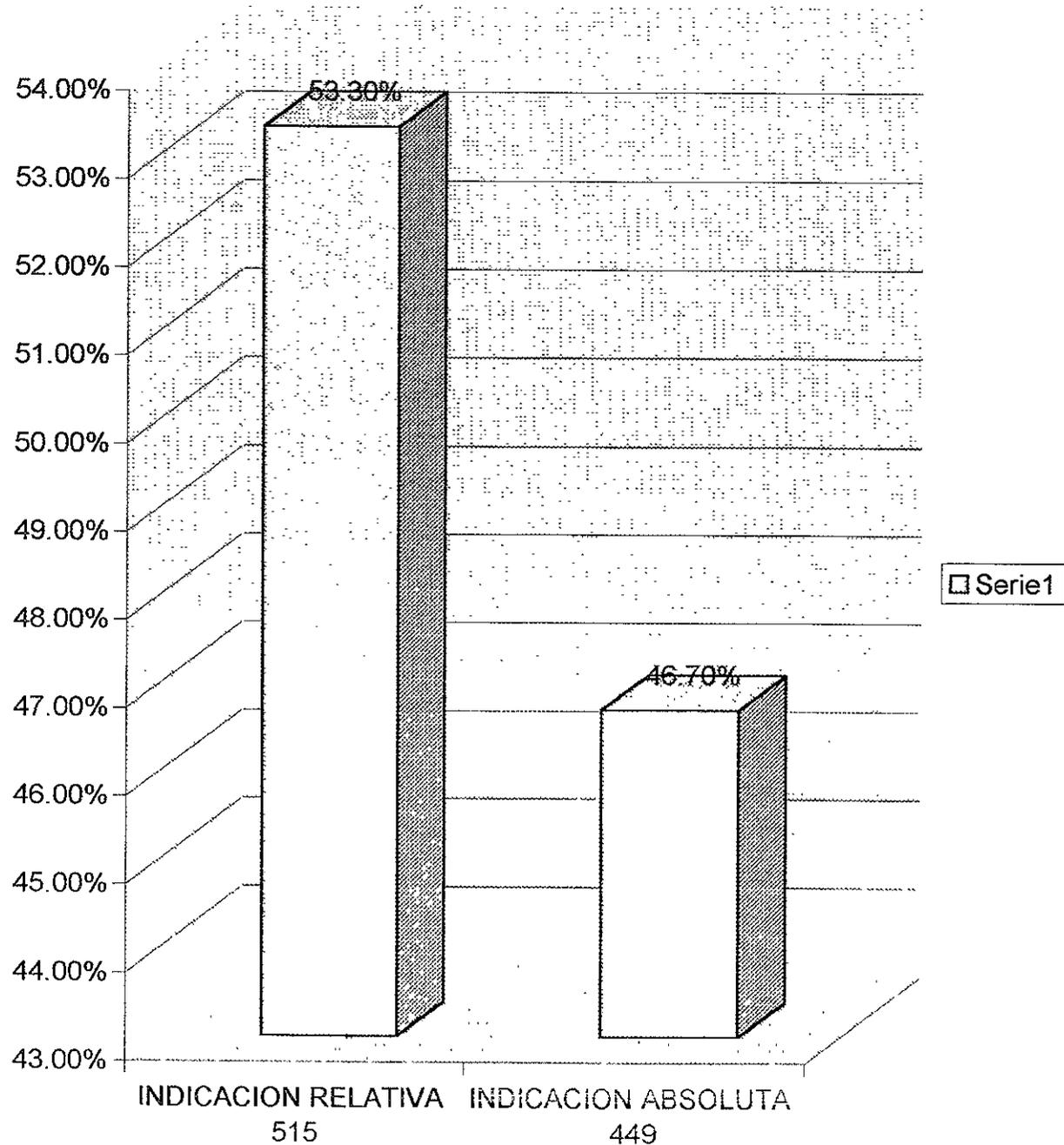
GRAFICA 1 PORCENTAJE DE NACIMIENTOS, SEGUN VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO. EN EL HOSPITAL REGIONAL PRIMERO DE OCTUBRE, ISSSTE, EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1999



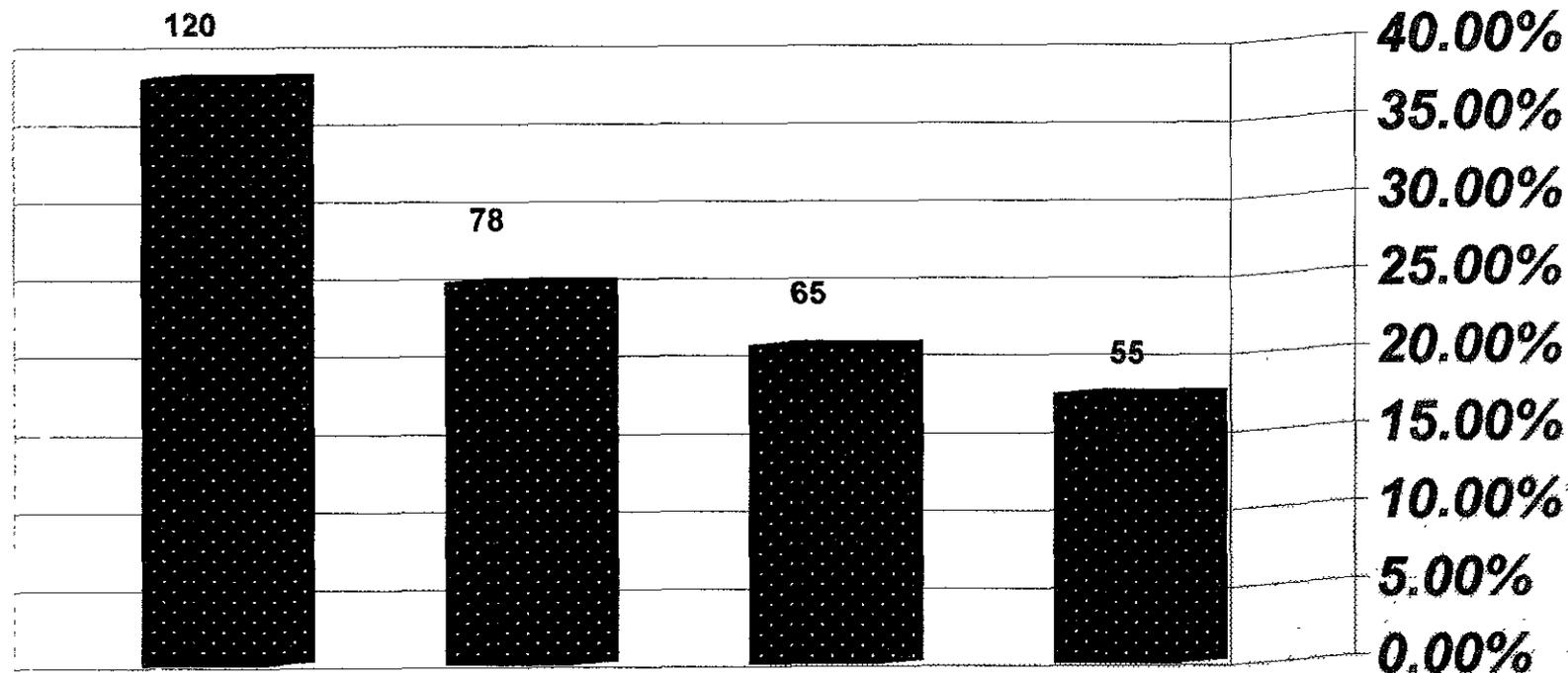
GRAFICA 2 PORCENTAJE DE INDICACIONES DE OPERACION CESAREA, EN EL HOSPITAL REGIONAL PRIMERO DE OCTUBRE, ISSSTE, EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 1999



GRAFICA 3 PORCENTAJE DE CESAREA, SEGUN INDICACION ABSOLUTO VS. RELATIVA, EN EL HOSPITAL PRIMERO DE OCTUBRE, ISSSTE EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE DE 1999



PORCENTAJE DE OPÉRACION CESAREA, SEGÚN CAUSA DE DESPROPORCION CEFALOPELVICA, EN EL HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE ISSSTE, EN EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE DE 1999.



MATERNA

FETAL

MIXTA

*NO
JUSTIFICADA*

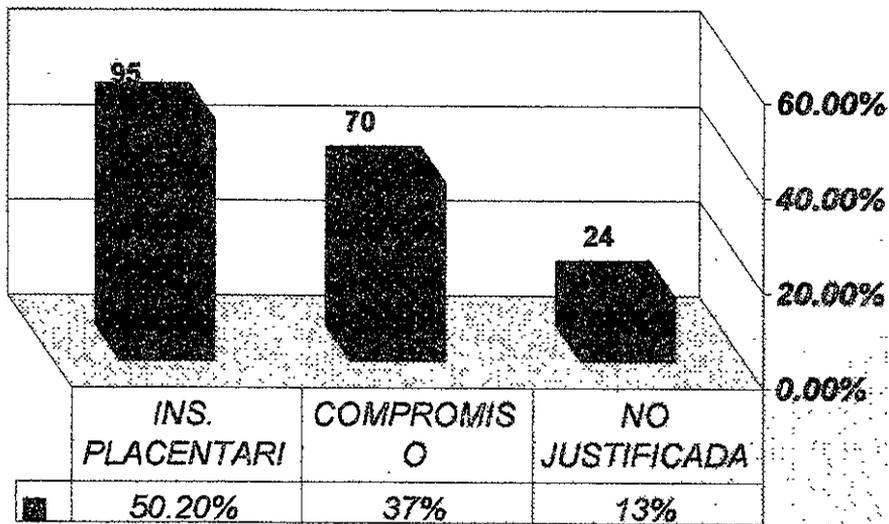
37.70%

24.50%

20.40%

17.20%

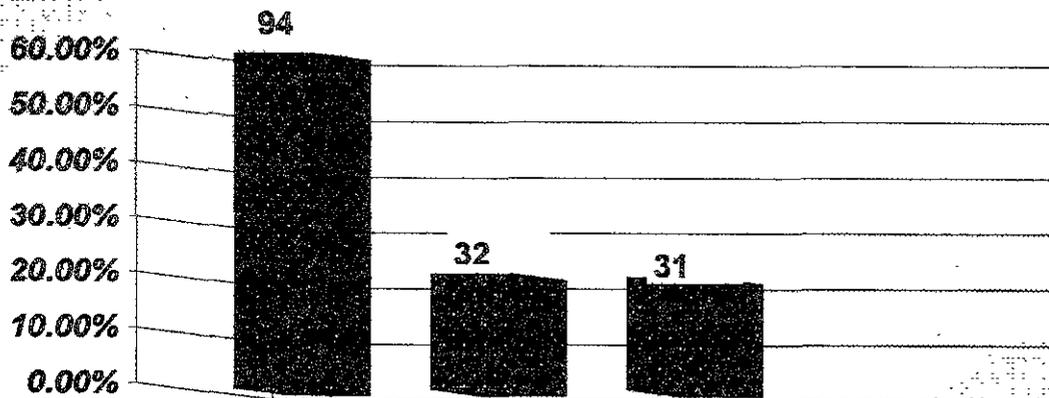
GRAFICA 5
PERCENTAJE DE OPERACIÓN CESAREA, SEGÚN CAUSAS DE SUFRIMIENTO FETAL
AGUDO, EN EL HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE ISSSTE, EN EL PERIODO
ENERO-DICIEMBRE DE 1999.



FUENTE:ARCHIVO CLINICO

GRAFICA 6

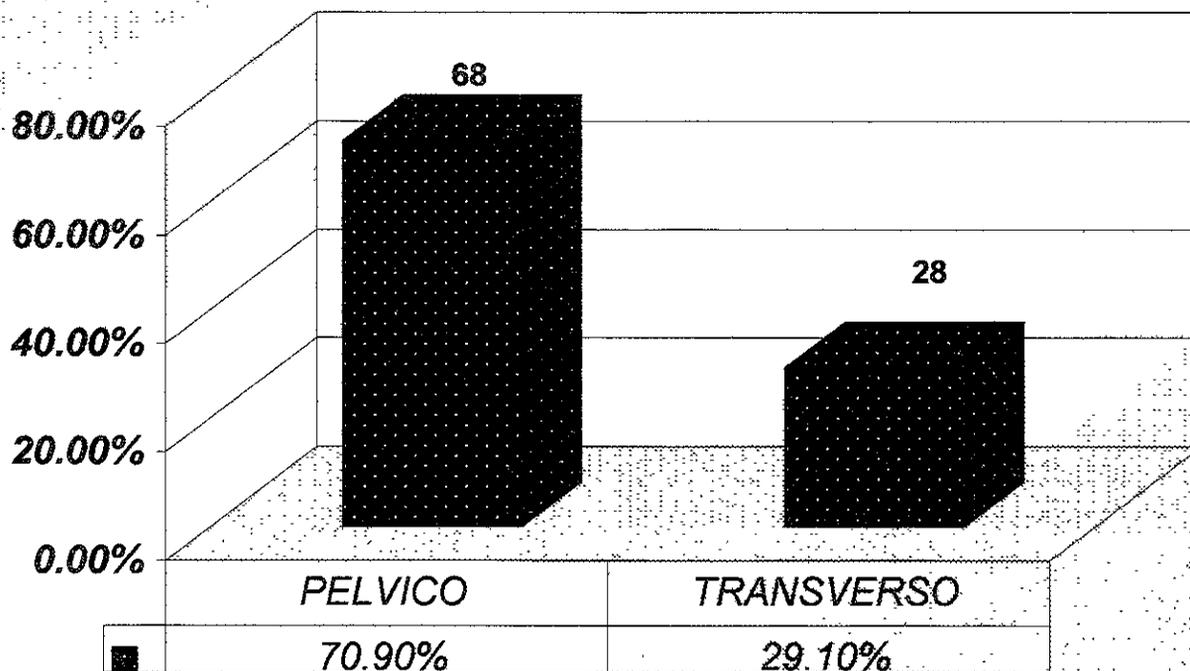
PORCENTAJE DE OPERACIÓN CESAREA, SEGÚN CAUSA DE CESAREA DE REPETICIÓN EN EL HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE ISSSTE, EN EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE DE 1999.



ITERATIVA	PIC	DOLOR EN SEGMENTO	
59.80%	20.40%	19.80%	

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA 7
PORCENTAJE DE OPERACIÓN CESAREA, SEGÚN CAUSA DE SITUACION ANORMAL EN EL HOSPITAL REGIONAL 1o. DE OCTUBRE ISSSTE, EN EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE DE 1999.



FUENTE: ARCHIVO CLINICO

TABLA 1

TAJE DE OPERACIÓN CESAREA SEGÚN OTRAS CAUSAS EN EL HOSPITAL
AL 1o. DE OCTUBRE ISSSTE, EN EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE DE 1999.

	No. DE CASOS	%
ZO PRETERMINO	47	29.7
NSION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO	41	25.9
ZO MULTIPLE	19	12
	15	9.5
TA PREVIA	11	6.9
A PREMATURA DE MEMBRANAS	11	6.9
A ELECTIVA	6	3.7
OMATOSIS	5	3.1
SO DE CORDON	2	1.2
OCITOPENIA	1	0.6
	158	100

En relación a otras causas (158 casos 17.2%) observamos que 47 casos (29.7%), se debieron a embarazo pretérmino, 41 casos (25.9%) a hipertensión arterial inducida por el embarazo; 19 casos (12%) a embarazo múltiple; 15 casos (9.5%) a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, 11 casos (6.9%) a placenta previa, 11 casos (6.9%) a ruptura prematura de membranas, 6 casos (3.7%) a cesárea electiva, 5 casos (3.1%) a condilomatosis, 2 casos (1.2%) a prolapso de cordón y 1 caso (.6%) a trombocitopenia.

Tabla 1

COMENTARIO

El nacimiento vía cesárea ha sido objeto de preocupación en las últimas dos décadas. En nuestro país las cifras alcanzan hasta el 60%. (9). Nuestra incidencia en un año de trabajo es de 46.4% lo que quiere decir, que 4 de cada 10 nacimientos son por cesárea.

Lo que viene a demostrar que la incidencia en nuestra institución es comparable a otras instituciones en nuestro país. (1,3,9). Más sin embargo aún se encuentra muy por encima de la reportada en otros países. (6,7,10).

Las principales indicaciones de operación cesárea observadas en nuestro estudio, asemejan en mucho lo descrito por otros autores. (5,2). De hecho encontramos que la indicación principal de cesárea en nuestro análisis fue la desproporción cefalopélvica, que se encuentra muy por encima de las otras indicaciones observadas. Esto tiene relación con el significado tan amplio del término.

El sufrimiento fetal agudo es la segunda causa más frecuente de operación cesárea, debido al adelanto tecnológico en el cuidado del bienestar fetal; que ha permitido la detección temprana de alteraciones en el intercambio de nutrientes entre la madre y el feto.

La cesárea de repetición fue la tercer causa de cesárea, observada en nuestro estudio, ocupando un porcentaje mayor la cesárea iterativa, que es considerada una indicación absoluta en nuestro medio; y en menor porcentaje por cesárea previa.

Observamos que las presentaciones anómalas que se relacionan con un índice de morbimortalidad elevado ofrecido por la vía vaginal, ocupan la cuarta causa de cesárea en nuestro estudio. Estas indicaciones se han mantenido constantes en cuanto a su presentación, en la mayoría de los estudios realizados.

Finalmente, dentro de otras causas observamos que el embarazo pretermino, hipertensión arterial inducida por el embarazo, embarazo múltiple, sangrados de la segunda mitad del embarazo y ruptura prematura de membranas, se presentan en orden decreciente como indicación de cesárea en nuestro estudio. Indicaciones que en gran porcentaje se deben a alteraciones no obstétricas.

CONCLUSION

Debemos vigilar a nuestras pacientes durante la etapa crítica al final del embarazo, haciendo hincapié en aquellas que tienen antecedentes de cirugía uterina, con antecedentes de enfermedades agregadas al embarazo que en determinado momento lo complican; realizando una evaluación gineco-obstétrica adecuada, con el fin de reducir los índices de cesárea; que de acuerdo a nuestro estudio observamos, que el mayor índice de cesáreas es por indicaciones relativas, que realmente no justifican el procedimiento y si aumentan el índice de morbilidad materno-fetal.

BIBLIOGRAFIA

1. Olivares Morales, A.S. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Militar. *Ginec Obstet Mex* 1996; 62:64-79.
2. Saunan Alfredo, Accorsi Enrique, Mesa Redonda, la cesárea ¿Una panacea universal? *Rev Chil Obstet Gynecol.* 1999;62(2):85-104.
3. Treviño Tamez Guillermo, Indicación de la operación cesárea: Revisión de 300 casos. *Ginec Obstet Mex* 1998;66:411-13.
4. Brumfield, Hanth, Puerperal Infection after cesarean delivery: evaluation of a standardized protocol, *Am J Obstet Gynecol*, 2000; 182:1147-51.
5. Instituto Nacional de Perinatología: Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología, 1998; 211-13.
6. Gregory, K. Repeat Cesareans: how many are elective. *Obstet Gynecol.* 1994; 84:574-78.
7. Giford, H. Lack of progress in labor as a reason for cesarean. *Obstet Gynecol.* 2000; 95:589-95.

8. Turrentine, A. Mark. Adverse perinatal events and subsequent cesarean. *Obstet Gynecol.* 1999; 94:185-88.
9. Quesnel, G. B. Operación cesárea: ¿Ciencia ó Ansiedad? Once años de experiencia Institucional. *Ginec Obstet Mex.* 1997; 65:247-53.
10. Rageth, S. Delivery after previous cesarean: A risk evaluation. *Obstet Gynecol.* 1999;93:332-37.