

11217

267



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL
DR. GONZALO CASTAÑEDA**

**INCIDENCIA DE OPERACIÓN CESÁREA EN EL
HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA
ISSSTE
2001-2002**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
DR. JUAN CARLOS SOLIS ZAPATA**

**ASESOR DE TESIS:
DR. ALFREDO ALANIZ SÁNCHEZ**

**MÉXICO, D.F.
2002**



ISSSTE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

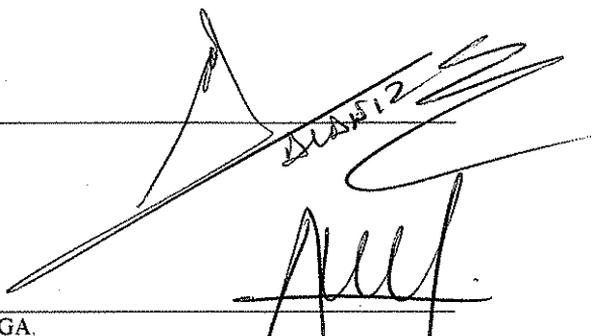
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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. JUAN CARLOS SOLIS ZAPATA.
AUTOR DE TESIS.



DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ.
ASESOR DE TESIS.



DR. ANGEL JESUS AGUIRRE ORTEGA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO.



DRA. MARTHA NAVARRO LEON.
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.



I S. S. S. T. E.
DILEG. REGIONAL ZONA NORTE
☆ OCT. 3 2002 ☆
COORD. DE ENSEÑANZA E. INV.
H G. "DR. GONZALO CASTAÑEDA"



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

POR HABER GUIADO A SUS HIJOS POR
CAMINOS DE INQUIETUD INTELECTUAL
MI AMOR, RESPETO Y CARIÑO POR SIEMPRE.

A MIS HERMANOS:

POR LA COMPRESION Y APOYO QUE SIEMPRE HE
ENCONTRADO EN ELLOS, MI CARIÑO MAS SINCERO

A MI ESPOSA:

POR TODO SU APOYO EN TODO MOMENTO
ASI COMO LOS CONSEJOS Y MOTIVACIONES
PARA SEGUIR ADELANTE, GRACIAS POR SIEMPRE
MI AMOR INFINITO

A MI SOBRINA:

CON TODA TERNURA

A MIS TIOS, PRIMOS Y SOBRINOS:

GRACIAS POR SU APOYO Y CONSEJOS

A MI ASESOR DE TESIS:

POR LA DISPONIBILIDAD DE LA ENSEÑANZA
PARA CONMIGO
GRACIAS.

A MIS AMIGOS:

POR SU AMISTAD INCONDICIONAL
POR SIEMPRE
GRACIAS

A MIS MAESTROS Y A LA INSTITUCION:
POR HABERME OFRECIDO
LA SUPERACION PERSONAL
GRACIAS

INDICE

	PAGINA
RESUMEN	1
ANTECEDENTES	2
INTRODUCCION	
JUSTIFICACION	11
PROBLEMA	11
HIPOTESIS	11
OBJETIVOS	12
DISEÑO	12
TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
CRITERIOS DE INCLUSION	13
CRITERIOS DE EXCLUSION	13
TIPO DE INVESTIGACION	13
METODOS MATEMATICOS PARA EL ANALISIS	13
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	14
CEDULA DE RECOPIACION DE DATOS	15
ASPECTOS ETICOS	16
RECURSOS	17
RESULTADOS	18
GRAFICAS Y TABLAS	19
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	25
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAFIA	27

RESUMEN

INCIDENCIA DE OPERACIÓN CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA I.S.S.S.T.E. 2001 - 2002

OBJETIVO: Conocer el porcentaje de incidencia de cesárea en la población femenil del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre marzo 2001 a febrero 2002, así como sus indicaciones absolutas y relativas y la incidencia de complicaciones.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo de las pacientes embarazadas ingresadas en la unidad toco-quirúrgica en el período marzo 2001 a febrero 2002. Se incluyeron un total de 1276 pacientes, de las cuales a 735 se les realizó cesárea. Se efectuó un concentrado estadístico representándose a través de gráficas en pastel y tablas el índice y las indicaciones para la cirugía por cesárea.

RESULTADOS: Se incluyeron 1276 pacientes con edades de entre 14 a 45 años con edad gestacional entre las 33 y 41 semanas, siendo el índice de cesáreas de un 58% (735 casos) observando que las indicaciones fueron desproporción cefalo-pélvica (21%, 161 casos), sufrimiento fetal agudo (13%, 99 casos), preeclampsia (10%, 73 casos), cérvix desfavorable (8%, 57 casos), período intergenésico corto (7%, 49 casos), cesárea anterior (7%, 49 casos) y otros.

CONCLUSION: Se observa un elevado índice de cesáreas (58%) muy probablemente a que las indicaciones o diagnósticos preoperatorios no se realizan en forma integral, así como también se encuentra en contra el factor de ser un hospital escuela. Por lo que es necesario establecer lineamientos para la disminución de éste índice.

ANTECEDENTES

HISTORIA

Muy bien han hecho los organizadores de este Symposium-Taller sobre Operación Cesárea en incluir en su evento una breve exposición histórica en relación con tema tan debatido desde tiempo inmemorial, como es el de la técnica quirúrgica con la que el hombre procuró resolver uno de los problemas más dramáticos que le presentaban las distocias en el parto y sus complicaciones y como tardó casi dos milenios en alcanzar plenamente su dominio.

Sus raíces son tan lejanas que nos han llegado envueltas en la mitología y en la leyenda, unidas a grandes personajes de la historia y sobre ella, por el gran contenido ético de su práctica en la mujer muerta, influyeron como en ninguna otra técnica quirúrgica las regulaciones jurídicas y religiosas durante siglos.

En la presente conferencia trataré de exponer lo más brevemente posible el origen del nombre de la operación cesárea, sus raíces en la mitología y la leyenda de los pueblos más antiguos, su aplicación en la mujer muerta y en la mujer viva y algunos detalles de su origen y desarrollo histórico en Cuba.

Origen del nombre de la operación cesárea

Plinio el Viejo (23-79) en su *Historia Natural*, verdadera enciclopedia del conocimiento en su época, dice que el primero de los Césares llevó su nombre por el útero escindido de su madre y hace derivar el nombre de la operación de la palabra *caesus*, que quiere decir cortado, mondado y su opinión se ha mantenido durante siglos. Sin embargo, parece seguro que no se refiere al parto de Cayo Julio César (101- 44 a NE), el gran conquistador, pues la madre de éste vivía en la época en que su célebre hijo atemorizaba al mundo antiguo con su campaña de las Galias y la operación cesárea en una mujer viva era inconcebible en aquel tiempo.(1)

Otros autores opinan que el nombre de César fue dado a la dinastía de los Julias, porque uno de sus miembros había dado muerte a un elefante, César en lengua púnica significa elefante y creen ver confirmada su opinión en la existencia de monedas que muestran en su anverso la efigie de César y en su reverso un elefante que pisa una serpiente.

También se piensa que el nombre de César deriva de *caesius*, azul grisáceo, porque los ojos de uno de los Césares tenía este color y no faltan los que creen más probable que ese nombre derive de *caesaries*, del sánscrito *kesara*, que significa largos cabellos, pues en tiempos muy antiguos un cabello abundante era considerado como signo de regia dignidad.² Pero el verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset (¿1530-1603?) que en 1581 en su famosa monografía sobre dicha intervención quirúrgica habla por primera vez de una *section Caesarienne* y afirma que la

palabra *Caesar* (César) esta relacionada etimológicamente con una operación cesárea.(3)

En la actualidad dicha denominación se ha extendido en las lenguas de los países más cultos y aunque no han faltado intentos por sustituirla, ya hoy es muy difícil que eso pueda ocurrir.

La operación cesárea en la mitología y la leyenda de los pueblos más antiguos

No hay dudas de que la operación cesárea se cuenta entre las intervenciones de urgencia más antiguas que conoce la humanidad y quizás sí, porque con ella se evitaba el camino estrecho del parto normal con su consecuencia tan gráficamente expuesta por San Agustín (354-430) en su frase *Inter faeses et urinas nacimur* (entre excrementos y orinas nacemos), se le tenía como el "parto inmaculado" y se hacía nacer de esta forma a los dioses y se consideraba entre los hombres como signo de brillante porvenir.

En el *Rig-Veda*, el libro más antiguo de la cultura indú, se relata como Indra, el supremo dios védico, se negó a nacer por la "antigua vía ya probada" y deseó "salir oblicuamente por el lado", a pesar de las malas consecuencias que esto traía aparejado a la madre.(4)

En la mitología griega también se pueden encontrar dioses nacidos de esta forma y uno de ellos es Asklepios o Esculapio, el dios de la medicina. Acerca del nacimiento de tan importante personaje cuenta la mitología que la bella virgen Coronis, que había concebido un hijo de Apolo, que también es dios de la medicina, pero además de la poesía, las artes, los rebaños y el Sol, le fue infiel a su divino amante con Isquis o Isdup, su prometido, vecino de Arcadia, la región más fecunda en fábulas de toda la Grecia. Enterado Apolo, por su vigia el cuervo, de tan amarga realidad se vengó dando muerte por sí mismo a Isquis. La hermana gemela de Apolo, Artemisa, diosa de la caza, con sus flechas mató a Coronis y el enamorado dios, cuando se disponían a quemar el cuerpo de su amante se compadeció de su hijo que todavía estaba por nacer, lo extrajo del vientre de Coronis, lo llevó al monte Pelión y lo entregó, en su cueva, al viejo centauro Quirón o Cheilón, médico, el que educó a Asklepios y le enseñó sus conocimientos de medicina.(5)

Dionisos, dios del vino de la propia mitología, también nació de cesárea *post-mortem*.6

Una leyenda recogida en el libro antiguo de los budistas Mahavastu nos dice que Siddharta Gautama, Buda (siglo VI a NE), salió puro e inmaculado del lado derecho de su madre Mâyâ, recibido por el propio Indra.

Plinio el Viejo, además de a César, menciona como nacido de cesárea *post-mortem* a Escipión el Africano, el viejo (235-183 a NE), vencedor de Cartago. El mismo origen tuvieron el nacimiento de Rustem, héroe de la epopeya nacional persa, Libro de los Reyes de Abul-Qasim Firdawsí y el héroe de Islandia, Worsung, según las tradiciones nórdicas.4

Igualmente la operación cesárea juega un importante papel en las tradiciones y leyendas de pueblos primitivos como los habitantes de las Islas Palau, en la Micronesia;

de los nubas y tschambas en África; de los pobladores de las Islas Marquesas, del archipiélago de Santa Cruz y Nueva Zelanda en la Polinesia, de los Wiyuts en la California Central y los bororos en el oriente del Brasil.

Por todo ello, se ha llegado a pensar que también la practicaba el hombre de la prehistoria y el historiador médico, y ginecólogo alemán Reinhard Hofchlagel (1871-1951), opina que la operación cesárea se practicaba ya en los cadáveres en los principios de la Edad de Piedra y funda su opinión entre otras cosas en las ideas mágicas del hombre paleolítico, estudiadas no sólo en la arqueología sino también por minuciosas investigaciones en pueblos muy primitivos, principalmente de África Occidental y Oriental.(7)

La operación cesárea en la mujer muerta

La operación cesárea en la mujer muerta estuvo influida desde que se conoce su práctica por regulaciones legales y religiosas. Su primera indicación en Europa, documentalmente demostrada, se encuentra en el Digesto, o colección de leyes romanas, del emperador Justiniano (527-565), donde se dice: "La *Lex regia* prohíbe enterrar a una mujer, que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen. Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente".(8)

Según una leyenda esta ley se atribuye al segundo rey de Roma, Numa Pompilio (715-675? antes de NE), sucesor de Rómulo (siglo VIII a NE), este último con su hermano gemelo Remo (siglo VIII a NE), fundadores de la Ciudad Eterna. Tal opinión no parece ser cierta, pues existe el criterio de que el último párrafo, en el que se dice, "Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente", está influenciado por el Cristianismo y su doctrina de que el niño posee ya un alma en el momento de la concepción con lo cual se reconoce al feto como potencialmente un hombre. Esta idea se hallaba en contra de la que primaba en Roma en la época de Numa Pompilio, la que consideraba que el niño por nacer no era un ser humano y por lo mismo no era castigado el aborto provocado.(2)

No obstante lo dicho, el criterio posterior de la Iglesia con respecto a la operación cesárea en la mujer muerta fue variable y así durante toda la Edad Media se encuentran pocas disposiciones, según las cuales, al morir una embarazada debía abrirse en todo caso el vientre y bautizar al niño.

Una de estas disposiciones está contenida en el estatuto de Canterbury de 1236 donde se dice que: "Si muere una mujer durante un parto y se cree que el niño vive, debe ser incidido su vientre y se debe abrir su boca". Esta última consideración se va a mantener en estricto cumplimiento durante muchos siglos.

En el Sinodo o Concilio de Vienne (1311-1312), los jefes de la Iglesia se extendieron en consideraciones sobre la operación cesárea y el bautismo. Allí se dispuso:

"Cuando una mujer muere durante el parto y el niño se encuentra todavía en el claustro materno, debe abrirse éste inmediatamente y bautizarse el niño en

caso en que todavía viva; si ha muerto ya, habrá que enterrarlo fuera del cementerio. Si hay motivo para pensar que el niño ha muerto en el vientre de la madre, éste no se abrirá, sino que la madre junto con el niño serán enterrados, en el composanto. Cuando una mujer no puede parir y el niño solo asoma su cabeza del vientre materno, la comadrona deberá rociarla con agua pronunciando las palabras: 'Te bautizo en el nombre ...' y el niño queda bautizado. Lo mismo hay que proceder cuando el niño no asoma su cabeza, pero sí surja de la madre una gran parte del cuerpo de la criatura. Ahora bien; si esta parte es sólo un pie o una mano, no debe bautizarse. Si solamente asoma la cabeza u otra parte mayor del cuerpo que no permita determinar su sexo, la comadrona dirá: 'Criatura de Dios, yo te bautizo...' 8

A partir de los comienzos de la Edad Moderna, la idea del bautismo al practicar la operación cesárea en la mujer muerta desempeñó un papel mucho más importante, al extremo que el clérigo Francesco Enmanuele Cagliamila (1702-1763) en su libro *Embryologia sacra...*, publicado en Milán en 1751, exigía que los sacerdotes dominaran la técnica de la operación cesárea, para que en caso de urgencia pudieran administrar a un niño el bautismo.

A pesar de que también en muchos países de Europa decretaron sus Cortes la obligatoriedad de practicar la operación cesárea *post-mortem*, esto no se llevaba a cabo siempre y se conocen casos en que se prohibió su realización como al célebre obstetra francés del siglo XVII Francois Mauriceau (1637-1709) y al cirujano alemán del XVIII Lorenz Heister (1683-1758), a quienes se les acusó e insultó además, al decirles que ni siquiera en el momento de la muerte dejaban reposar en paz el cuerpo de personas que ya en vida habían frecuentemente atormentado.

El cirujano y obstetra alemán Leopold Sokrates von Rieke (1790-1876) que estudió profundamente la bibliografía sobre cesáreas *post-mortem*, quedó sorprendido de que existieran tan pocos casos seguros de niños que debieron su vida a la ley de su obligatoriedad y propuso en 1829 que el Estado concediera un premio a las operaciones cesáreas practicadas con éxito en la mujer muerta, de un modo semejante a los conferidos por la salvación de vidas.

Ya a partir del siglo XIV los médicos se venían preocupando de mejorar la técnica quirúrgica de la cesárea y así, en ese mismo siglo, el famoso cirujano francés Guy de Chauliac (1290-1368) fue el primero que hizo indicaciones acerca de la posición y sentido de la incisión y recomendó la parte izquierda con el propósito de no herir el hígado y en la centuria siguiente Pietro d' Argellata (¿ -1423), profesor de la Universidad de Bolonia, Italia, fue el primero que propuso la incisión en la línea alba y la practicó por sí mismo. 8

Pero no fue hasta el siglo XIX que se concedió mayor atención a las bases científicas de la operación cesárea en la mujer muerta, formulándose la pregunta de cuánto tiempo podía vivir el niño después de la muerte de la madre, a la que se dio respuesta con los más disímiles criterios, en su mayoría absurdos, lo que explica por qué tal práctica arrojaba hace algo más de ciento cincuenta años, una mortalidad infantil de 90 a 99% y que estas cifras no cambiaran hasta que se reconoció que la operación cesárea debía realizarse

inmediatamente después de la muerte de la madre y que se aprendiera a conservar la vida del recién nacido, por lo general asfíctico, con ayuda de acertadas medidas.

La operación cesárea en la mujer viva

Todos los historiadores médicos están de acuerdo en que la evolución de la operación cesárea en la embarazada viva constituye uno de los capítulos más dramáticos de la historia de la medicina.

Formados los médicos europeos desde los inicios de nuestra Era en el principio hipocrático del *nil nocere*, no hacer daño, la inmensa mayoría se negaba a realizar una intervención de tal magnitud, con resultados tan sombríos y los pocos que la intentaban lo hacían en situaciones extremas en las cuales había que obrar a todo trance.⁹ Tomando en cuenta dicha gran verdad es que puede asegurarse que esta operación de urgencia es un producto de la época del Renacimiento y de su extraordinaria audacia y vitalidad que hizo cambiar en todos sentidos la mentalidad del hombre medieval.

No se sabe exactamente quien fue el primer operador que se atrevió a practicarla por primera vez en una mujer viva y se acepta, aunque con naturales reservas, la opinión de Caspar Bauhin (1560-1624) quien la da por realizada hacia el año 1500 por el matarife de cerdos Jacob Nufer, de Sigershausen, en el cantón de Thurgovia, Suiza. Bauhin refiere que ante la imposibilidad de la prosecución del parto:

"...el marido, después de implorado el auxilio divino y de cerrada cuidadosamente la puerta, coloca a su mujer encima de una mesa, y le abre el abdomen, como se hace para los cerdos. Y supo hacerlo con tanta destreza que ya al primer corte se pudo extraer el niño sin ninguna lesión. Once comadronas que estaban cerca de la entrada, sintiendo los vagidos del niño, intentaban entrar con todos los medios; pero no fueron admitidas antes de que se limpiase al niño, y se suturase la herida abdominal, según costumbre veterinaria..."(10)

Bauhin afirmaba que la madre y el niño vivieron, pero como este informe no fue dado a conocer hasta pasado un siglo, son numerosos los historiadores que acogen el caso con cierta reserva. De mucho más crédito es la cesárea en mujer viva realizada en 1540 por el cirujano italiano Christophorus Bainus recogida por su contemporáneo Marcello Donati (1538-1602).

Por los datos tan precisos comunicados por Jacques Guillemeau (1550-1613) hoy se admite que la operación cesárea en la mujer viva fue intentada por primera vez en el siglo XVI. Sin embargo, todas las intervenciones llevadas a cabo en aquella época siempre terminaban en el fracaso, lo que hizo que tanto Guillemeau como su maestro Ambrosio Paré (1510-1590) se pronunciaran en contra de la misma.

En el siglo XVI fue escrita, también, la primera monografía acerca de la cesárea, publicada en París en 1581 por el médico francés Francois Rousset bajo el título de *Nuevo tratado de la histerectomía o parto cesariano*. Esta obra fue considerada como magistral durante todo el siglo y legiones de sus seguidores cumplían en toda Europa sus minuciosas

observaciones, muchas de ellas erróneas, como la que sostiene que el útero no debe ser suturado, porque su fuerza de retracción es tan grande que una sutura sólo causaría trastornos. Esta falsa observación fue aceptada como verdad indiscutida y tendrían que pasar exactamente tres siglos para que fuera abandonada definitivamente. Rousset que avalaba sus opiniones con una extensa casuística no ejecutó por sí mismo ninguna cesárea, ni tampoco asistió jamás a esta operación como espectador, por lo que asombra grandemente que la obra de un teórico acerca de una cuestión práctica haya llegado a adquirir tal importancia.(11)

En el siglo XVII los más eminentes obstetras, a cuyo frente se encontraba Francois Mauriceau, eran opuestos a la operación cesárea. Mauriceau opinaba que esta operación nunca debiera hacerse en la mujer viva, porque siempre tenía un desenlace fatal para la madre. De este siglo es uno de los casos mejor documentado que se conoce de cesárea en mujer viva. Fue realizada la operación en Witemberg, Alemania, el 21 de abril de 1610 por el cirujano Jeremías Trautmann en la esposa de un tonelero, que al final de su embarazo fue gravemente herida por un arco que al saltar la alcanzó en el vientre, produciéndole una ruptura del útero. Trautmann logró extraer el niño vivo, suturó la herida abdominal y la madre parecía salvada, pero 25 días más tarde falleció súbitamente. La necropsia demostró, sin embargo, que la causa de la muerte no fue debida a la intervención.10

El célebre obstetra Cornelio Solingen (1641-1687), en el propio siglo, después de algunas cesáreas fracasadas, mantenía la opinión de que dicha operación no debía contarse entre las misiones de un tocólogo.

En el siglo XVIII se inicia una época de pruebas audaces, la tradición y los prejuicios fueron vencidos por la experiencia y llegó por fin a prevalecer la convicción de que la operación cesárea, a pesar de sus altas cifras de mortalidad, debía constituir una medida necesaria a alcanzar en la obstetricia.(12)

Fueron los médicos franceses los que más van a contribuir al desarrollo de la técnica de la cesárea en este siglo, entre ellos Andre Levret (1730-1780), uno de los más célebres obstetras de su época, con la incisión lateral que lleva su nombre; Francois-Ange Deleurye (1737-1780), que perfeccionó la incisión en la línea alba y Théodore-Etienne Lauerjat (¿ - 1800) que se ocupó críticamente de la cesárea y publicó en 1788 en París una extensa monografía con el título *Nuevo método de practicar la operación cesárea y paralelo a esta operación la sección de la sínfisis de los huesos del pubis*, en la cual comunicó los resultados de extensos y minuciosos ensayos sobre la técnica de esta operación. Lauerjat fue un ferviente partidario de la incisión oblicua.

Tan importantes como estos avances fueron también los intentos hechos por los obstetras franceses de conseguir una sutura del útero. En 1769 el cirujano Lebas de Moulleron, en contra de la opinión de su tiempo, se atrevió a practicar una sutura del útero con tres hilos, pocos obstetras le siguieron. El siglo XIX comenzaba dándole toda la vigencia a la descarnada opinión de Otto Küstner (1849-1931): "Esta operación de tan orgulloso nombre ha sido casi siempre un desastroso fracaso".(10)

Tomando en cuenta que la causa principal de la gran mortalidad de la operación cesárea residía en la hemorragia y sobre todo en la peritonitis y que la infección partía,⁷

casi exclusivamente del útero, había que encontrar un método que permitiera de un modo u otro excluir al útero como fuente de peligro. El primero que creó una nueva y eficaz técnica operatoria desde este punto de vista y con ello abrió una nueva época, la verdaderamente brillante en la historia de la operación cesárea, lo fue el genial ginecólogo de Milán, Edoardo Porro (1842-1902).(13)

El 21 de mayo de 1876, Porro realizó por primera vez la operación que más tarde llevó su nombre y que consistía en amputar supravaginalmente el útero después de la cesárea, con lo cual obtuvo un completo éxito para la madre y el niño en una primípara de 25 años de edad, que presentaba una pelvis en alto grado raquítica. La técnica fue publicada en Milán en el propio año 1876 con el título *De la amputación útero-ovárica como complemento de la operación cesárea* que produjo gran sensación entre los médicos.

Poco después de ser conocida la nueva técnica, comenzó a perfeccionarse constantemente. Si en la primera operación realizada por su autor se dejaba el muñón del cuello uterino fuera del peritoneo, más tarde se adoptó la técnica del muñón intra y retroperitoneal y por último, se pasó a practicar la inversión del muñón en la vagina. Estas y otras modificaciones contribuyeron a mejorar la técnica y que al cumplirse el 25º aniversario de la operación de Porro la casuística aportada por Ettore Truzzi (1855-1922) mostrara finalmente una mortalidad materna que llegaba solamente a un 25 % y una mortalidad infantil de 22 % aproximadamente.(13)

En estos éxitos no pueden verse solamente las ventajas de dicha operación y si deben tomarse en cuenta que por esos años hacen su aparición la antisepsia y la asepsia para dar comienzo a una nueva Era en la medicina que haría avanzar a la cirugía en general hasta alcanzar logros insospechados siquiera antes de 1880.(14)

El gran inconveniente del método de Porro estribaba en el carácter mutilante de la operación, que no lograban desvirtuar todas sus demás ventajas y muy pronto se abrió paso la idea de que tarde o temprano había que volver a adoptar de un modo o de otro, el antiguo método conservador. Sin embargo, para evitar el peligro de infección había que crear una técnica operatoria completamente nueva.

Al comenzar a pensar en métodos más apropiados se concentró la atención en la sutura del útero, detalle éste que hasta entonces se había descuidado. Desde la época de Francois Rousset repetidas veces fue rechazada una sutura como innecesaria y, aún cuando fue propuesta de nuevo en 1866 por Bernhard Breslau, no se reconoció que fuera inocua e imprescindible hasta 1882 en que el célebre ginecólogo alemán Max Sanger (1853-1903) practicó la primera cesárea seguida de cierre del útero por suturas de plata y seda.

Las técnicas aportadas por este inmortal ginecólogo y su no menos inmortal compatriota, el ginecólogo de Heidelberg, Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914), encaminadas a aislar de un modo seguro y duradero la cavidad peritoneal convirtieron la operación cesárea en una intervención nada peligrosa y se llegó a conseguir un éxito que pocos años atrás hubiera sido imposible, lo que hizo exclamar a su contemporáneo Gerhard Leopold (1846-1911): "Si Porro deshizo el nudo gordiano, evitándolo simplemente, a Kehrer y Sanger corresponde el mérito de haberlo efectivamente desanudado".(13)

En busca del futuro perfeccionamiento de la técnica operatoria, así como para disminuir la mortalidad, se prestó posteriormente mayor atención no solamente a la asepsia y a la técnica de sutura, sino también a la dirección de la incisión y este campo es tan fecundo que resulta imposible en el marco breve de nuestra conferencia, comentar siquiera las imprescindibles y sólo mencionaremos los nombres de algunos de sus más eminentes autores: Isidor Cohnstein (1841-1894), Oskar Polano (1873-1934), Henrich Fritsch (1844-1915), Peter Müller (1836-1922), Fritz Frank, Albert Doderlein (1860-1941), Sidmund Gottschalk (1860-1914), Ernest Solms (1878-?) y Henrich Doerfler (1864-1938).

Al éxito de la operación cesárea han contribuido además en el siglo XX, otras muchas conquistas científicas pero ninguna de ellas como la introducción de los quimioterápicos y los antibióticos y el perfeccionamiento de la anestesia, 15 por eso junto a los grandes impulsores de su técnica deben figurar los nombres de los inmortales creadores de la anestesia, la antisepsia, la asepsia, la quimioterapia y la antibioticoterapia: William Thomas Morton (1819-1868), Louis Pasteur (1802-1895), Joseph Lister (1827-1912), Paul Ehrlich (1854-1915), Gerhard Domagk (1895-1964) y Alexander Fleming (1881-1955). (1)

En América en el año de 1878, se llevó a cabo 80 cesáreas con mortalidad el 52.5%.

La primera cesárea realizada en México fue en 1779 post-mortem.

En 1850 fue realizada la primer operación cesárea y tanto la madre como el hijo vivieron practicada por el Dr. Miguel Jiménez.

CONCEPTO

Se define como operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas. (20,21,22,23)

Se llama histerotomía cuando se afectó a la extracción del feto vía abdominal antes de las 27 semanas. (15)

EPIDEMIOLOGIA

Latinoamérica constituye la región con el mayor índice de cesáreas en el mundo mismo que tiende a incrementar.

Así, el aumento en el índice de cesárea es un tema que debe preocupar a nuestros países, ya que éste procedimiento quirúrgico representa mayores riesgos para la salud de la madre y del niño y mayores costos al sistema de salud con relación al parto normal. Cifras globales de morbilidad muestran que ésta es 5 a 10 veces mayor en la operación cesárea que la mortalidad es 2 a 4 veces mayor con relación al parto vaginal.

La operación cesárea se asocia con una incidencia de infecciones entre 8-27%, mientras que en el parto vaginal la misma es de 2-3%. Los índices de transfusión debido a hemorragias en mujeres con cesárea alcanzan el 1-6% de la misma forma, al realizar la

operación cesárea es más frecuentemente el daño a órganos vecinos (0.4%), el daño a vasos uterinos (0.5%) y extensión de la incisión uterina a estructuras cercanas (1-3%) el mismo modo se observan complicaciones pulmonares tales como tromboembolismo (0.1-0.2%) y la atelectasia (5%) sobretodo cuando se emplea la anestesia general.

De acuerdo a todos éstos antecedentes y según la norma oficial mexicana para la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido (NOM 007), todas las unidades médicas que brindan atención obstétrica deben contar con los lineamientos para la indicación de la cesárea cuyo índice recomendado es del 15% para los hospitales de segundo nivel y del 20% para los hospitales del tercer nivel. En este estudio pretendemos analizar el índice de cesáreas, así como las indicaciones de la misma, además de valorar si nos encontramos en lo estimado a nivel nacional e internacional.

- 1) Chile 1994: 37.2%
- 2) Brasil 1995: 70%
- 3) Argentina 1996: 34%
- 4) Colombia 1996: 32%
- 5) Cuba 1995: 24.9%
- 6) México 1995: 54%

En el Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda en 1998 un 50.6%.

INDICACIONES

ABSOLUTAS:

Iterativa, situación fetal anormal, sufrimiento fetal agudo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, retardo del crecimiento intrauterino, inserción baja de placenta, embarazo pretérmino, VPH, prolapso de cordón, hidrocefalia y DCP.

RELATIVAS:

Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, baja reserva fetal, embarazo múltiples, RPM, embarazo postérmino, nulípara añosa, diabetes mellitas, cesárea anterior, oligohidramnios, miomatosis uterina, cirugía vaginal previa.

1. JUSTIFICACIÓN

Conocer la incidencia de cesárea en mujeres internadas en la Unidad Toco-quirúrgica en el período de marzo de 2001 a febrero del 2002.

Identificar aquellas indicaciones absolutas y relativas de las pacientes internadas en la unidad toco-quirúrgica que originaron la interrupción de su embarazo por vía abdominal.

Conocer las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías generadas por la intervención cesárea de ésta población femenil en estudio.

2. PROBLEMA

Conocer la incidencia de operación cesárea en una población derechohabiente del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE que ingresó a la unidad toco-quirúrgica en el período de marzo de 2001 a febrero del 2002.

3. HIPÓTESIS

Si hay indicaciones absolutas o relativas de interrupción del embarazo vía abdominal en la gestación de una población derechohabiente que ingresó a la Unidad Toco-quirúrgica del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE, entonces se conocerá la incidencia de cesáreas en un año.

1. JUSTIFICACIÓN

Conocer la incidencia de cesárea en mujeres internadas en la Unidad Toco-quirúrgica en el período de marzo de 2001 a febrero del 2002.

Identificar aquellas indicaciones absolutas y relativas de las pacientes internadas en la unidad toco-quirúrgica que originaron la interrupción de su embarazo por vía abdominal.

Conocer las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías generadas por la intervención cesárea de ésta población femenil en estudio.

2. PROBLEMA

Conocer la incidencia de operación cesárea en una población derechohabiente del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE que ingresó a la unidad toco-quirúrgica en el período de marzo de 2001 a febrero del 2002.

3. HIPÓTESIS

Si hay indicaciones absolutas o relativas de interrupción del embarazo vía abdominal en la gestación de una población derechohabiente que ingresó a la Unidad Toco-quirúrgica del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE, entonces se conocerá la incidencia de cesáreas en un año.

1. JUSTIFICACIÓN

Conocer la incidencia de cesárea en mujeres internadas en la Unidad Toco-quirúrgica en el período de marzo de 2001 a febrero del 2002.

Identificar aquellas indicaciones absolutas y relativas de las pacientes internadas en la unidad toco-quirúrgica que originaron la interrupción de su embarazo por vía abdominal.

Conocer las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías generadas por la intervención cesárea de ésta población femenil en estudio.

2. PROBLEMA

Conocer la incidencia de operación cesárea en una población derechohabiente del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE que ingresó a la unidad toco-quirúrgica en el período de marzo de 2001 a febrero del 2002.

3. HIPÓTESIS

Si hay indicaciones absolutas o relativas de interrupción del embarazo vía abdominal en la gestación de una población derechohabiente que ingresó a la Unidad Toco-quirúrgica del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda ISSSTE, entonces se conocerá la incidencia de cesáreas en un año.

4. OBJETIVOS

Conocer el porcentaje de incidencia de cesárea en la población femenil del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre marzo de 2001 a febrero del 2002.

Conocer las indicaciones absolutas por las que se realizó la operación cesárea de mujeres internadas en la Unidad toco-quirúrgica.

Conocer las indicaciones relativas por las que se realizó la operación cesárea de mujeres internadas en la Unidad toco-quirúrgica.

Conocer la incidencia de complicación de la operación cesárea en mujeres del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda internadas en el servicio de la Unidad toco-quirúrgica.

5. DISEÑO

Identificar mujeres ingresadas en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre marzo del 2001 a febrero del 2002 que fueron sometidas a operación cesárea y conocer las indicaciones absolutas y relativas de la operación cesárea, así como las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías originadas por ésta intervención.

4. OBJETIVOS

Conocer el porcentaje de incidencia de cesárea en la población femenil del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre marzo de 2001 a febrero del 2002.

Conocer las indicaciones absolutas por las que se realizó la operación cesárea de mujeres internadas en la Unidad toco-quirúrgica.

Conocer las indicaciones relativas por las que se realizó la operación cesárea de mujeres internadas en la Unidad toco-quirúrgica.

Conocer la incidencia de complicación de la operación cesárea en mujeres del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda internadas en el servicio de la Unidad toco-quirúrgica.

5. DISEÑO

Identificar mujeres ingresadas en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre marzo del 2001 a febrero del 2002 que fueron sometidas a operación cesárea y conocer las indicaciones absolutas y relativas de la operación cesárea, así como las complicaciones inmediatas, mediatas y tardías originadas por ésta intervención.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 1276 pacientes con edades de entre 14 y 45 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio pacientes ingresadas en la unidad toco-quirúrgica de marzo 2001 a febrero de 2002 con documentación clínica registrada en el expediente a su ingreso, quienes se le había realizado operación cesárea y que contaran con indicaciones absolutas o relativas que justificarán el evento quirúrgico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes que tuvieran expediente clínico incompleto y sin indicaciones relativas y absolutas de cesárea.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo.

MÉTODOS MATEMÁTICOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Histograma de frecuencias

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 1276 pacientes con edades de entre 14 y 45 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio pacientes ingresadas en la unidad toco-quirúrgica de marzo 2001 a febrero de 2002 con documentación clínica registrada en el expediente a su ingreso, quienes se le había realizado operación cesárea y que contaran con indicaciones absolutas o relativas que justificarán el evento quirúrgico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes que tuvieran expediente clínico incompleto y sin indicaciones relativas y absolutas de cesárea.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo.

MÉTODOS MATEMÁTICOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Histograma de frecuencias

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 1276 pacientes con edades de entre 14 y 45 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio pacientes ingresadas en la unidad toco-quirúrgica de marzo 2001 a febrero de 2002 con documentación clínica registrada en el expediente a su ingreso, quienes se le había realizado operación cesárea y que contaran con indicaciones absolutas o relativas que justificarán el evento quirúrgico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes que tuvieran expediente clínico incompleto y sin indicaciones relativas y absolutas de cesárea.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo.

MÉTODOS MATEMÁTICOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Histograma de frecuencias

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó una revisión de los expedientes clínicos sobre las pacientes ingresadas en la unidad tocoquirúrgica que fueron intervenidas quirúrgicamente por realización de operación cesárea que contarán con indicaciones absoluta o relativa, en un período comprendido entre marzo de 2001 a febrero de 2002. Se realizó un concentrado estadístico sobre las principales indicaciones absolutas y relativas encontradas como justificante de su intervención al momento de su ingreso a la unidad toco-quirúrgica, así como también un concentrado estadístico sobre aquellas complicaciones inmediatas, mediatas y tardías cursadas durante el período puerperal.

CEDULA DE RECOPIACIÓN DE DATOS

NOMBRE:
CÉDULA:

FECHA (INGRESO):
EDAD:

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

PADECIMIENTO ACTUAL (EVOLUCION):

EXPLORACIÓN FÍSICA (HALLAZGOS):

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (GABINETE Y LABORATORIO):

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS:

COMPLICACIONES:

ASPECTOS ETICOS

RIESGO DE LA INVESTIGACION

Riesgo mínimo de la investigación al ser un estudio observacional.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORIZACION DE LA PACIENTE

NOMBRE

No. EXPEDIENTE

Autorizo a los médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado para que efectúen los estudios necesarios e intervención quirúrgica para el alivio o curación de mi padecimiento, en la inteligencia de que no desconozco los procedimientos y estudios a los que seré sometida.

FIRMA DE LA PACIENTE

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

FECHA

HORA

6. RECURSOS.

HUMANOS

Residente del cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

Personal de Archivo del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda

FISICOS

Libretas de registro de ingresos de pacientes en la unidad toco-quirúrgica.

Expedientes clínicos del archivo del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda.

Unidad de computo.

7. FINANCIAMIENTO

COSTO DE LA INVESTIGACIÓN

300 hojas papel bond blancas	\$114.00
1 calculadora	\$ 25.00
6 lápices	\$ 12.00
4 bolígrafos punto mediano	\$ 8.00
1 goma	\$ 2.50
1 cuaderno tam. francesa 100 hojas	\$ 9.00
1 regla 30 cms	\$ 3.00
1 tinta para impresora lasser	\$950.00
TOTAL	\$ 1123.50

DATOS DE IDENTIFICACION

Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda
Ubicado en Manuel González esquina con Lerdo # 200
Unidad Habitacional Nonoalco, Tlatelolco
Zona Norte, México D.F. Delegación Cuauhtemoc
C.P. 06900

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio exponen que de 1276 pacientes embarazadas atendidas en el Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda en el período comprendido marzo 2001 a febrero 2002, 735 procedieron por operación cesárea, representando un índice de 58%, mientras que en 541 casos el proceso fue por vía vaginal con un índice del 42%. (gráfica 1)

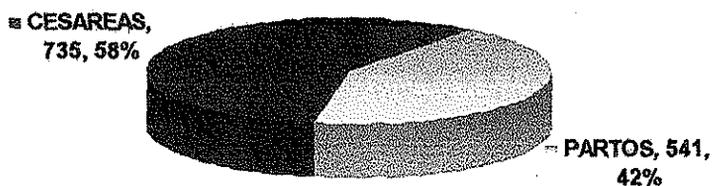
La edad gestacional al momento de realizarse la operación cesárea fue de un 82% en embarazos de término con 606 pacientes. De embarazos pretérmino un 13% con 92 casos y correspondiendo a un 5% en embarazos posttérmino con 37 pacientes. (gráfica 2)

Dentro de las indicaciones por las cuales este grupo de pacientes derivaron en operación cesárea, la desproporción cefalo-pélvica fue la más frecuente alcanzando un índice del 21% (161 casos), seguida de sufrimiento fetal agudo en un 13% (99 casos), otras causas no especificadas tales como placenta previa, oligohidramnios, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, miomatosis uterina, situación transversa, diabetes mellitas, condiloma vulvar, procúbiteo de cordón, óbito, placenta previa, inducto-conducción fallida, período expulsivo prolongado, cardiopatía; presentaron un índice del 28% con 59 casos (gráfica 3 y cuadro 1). El peso fetal promedio post-quirúrgico para la indicación de desproporción cefalo-pélvica fue de 3000 grs. (42%). La calificación de APGAR en los recién nacidos con indicación de sufrimiento fetal agudo fue en promedio de 7/8.

El grupo de edad en mujeres embarazadas del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda durante el período de marzo 2001 a febrero 2002 con el índice mayor lo constituyó el grupo de edad entre 26 a 30 años con un 30% (226 casos), seguido del grupo con edades de entre 31 a 35 años con un índice del 30% (223 casos), siendo menor el grupo de edad entre 41 y 45 años con un índice del 2% (14 casos) corroborando que el período reproductivo de la mujer es de 25 a 35 años. (gráfica 4)

El índice de complicaciones de la operación cesárea en el Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda lo constituyó la presencia de choque hipovolémico con 7 casos representando el 41.1% del total de las complicaciones y un 0.9% del total de cirugías realizadas y siendo el más bajo el hematoma ístmico con un caso representando el 5.8% del total de las complicaciones y un 0.1% del total de las cirugías. (cuadro 2)

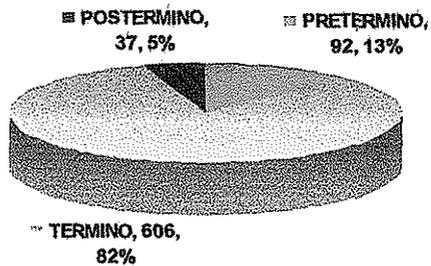
INDICE DE PARTOS POR OPERACION CESAREA Y POR VIA VAGINAL



GRAFICA 1. PARTOS POR VIA VAGINAL Y POR CESAREA REALIZADOS EN EL
HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA
2001-2002

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

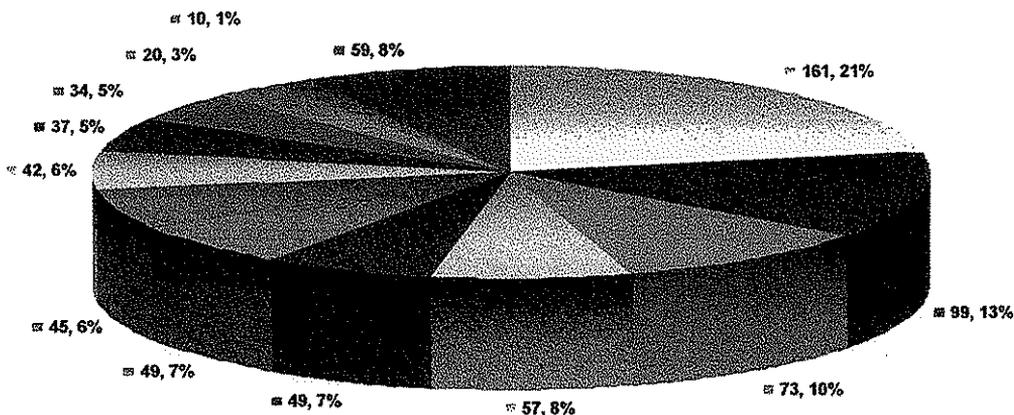
CESAREAS EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL



GRAFICA 2. PORCENTAJES DE CESAREA EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL

FUENTE: Expedientes clínicos

INDICACIONES DE CESAREA



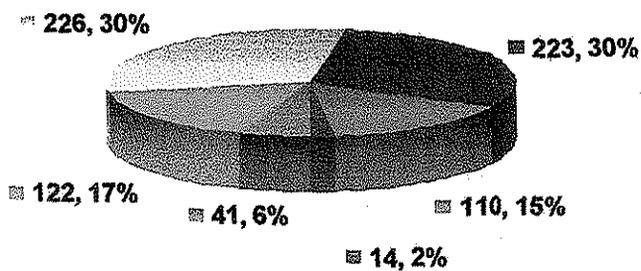
DCP ■ SFA ■ PREECLA ■ CDF ■ PIC ■ CA ■ MSF ■ RPM ■ P.PELV ■ C.ITER ■ PREF ■ GEMELAR ■ OTROS

GRAFICA 3. PORCENTAJES DE INDICACIONES PARA OPERACIÓN CESAREA
HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA
2001-2002

FUENTE: Expedientes clínicos. Registro de Toco-
cirugía

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RELACION POR GRUPOS DE EDAD MATERNA OPERADAS POR CESAREA



■ 14-20 ■ 21-25 ■ 26-30 ■ 31-35 ■ 36-40 ■ 41-45

GRAFICA 4. RELACION POR GRUPOS DE EDAD EN
MUJERES EMBARAZADAS QUE SE LES REALIZO CESAREA
HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA
2001-2002

TABLA 1. INDICACIONES DE CESAREA
HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA
PERIODO 2001-2002 (MENSUAL)

	DCP	SFA	PREECIA MESIA	CDF	PIC	CESAREA NT	MCF	RPM	P.PELV.	C.ITER.	PRET.	GEMEL.	OTROS	No.	%
MARZO 2001	10	4	3	0	0	1	4	3	2	5	1	1	1	35	4.7
ABRIL 2001	12	8	2	3	3	3	2	4	0	4	2	0	8	50	6.8
MAYO 2001	12	9	6	10	1	4	1	3	5	2	2	0	6	61	8.2
JUNIO 2001	15	9	10	3	7	3	4	2	7	3	3	1	7	74	10
JULIO 2001	23	11	0	0	9	0	5	0	7	0	1	1	1	58	7.8
AGOSTO 2001	15	12	14	6	3	5	7	7	7	5	2	2	6	91	12.3
SEPTIEMBRE 2001	19	4	8	7	3	3	8	1	3	6	3	2	5	72	9.7
OCTUBRE 2001	14	7	6	0	3	3	0	6	0	7	0	2	15	63	8.5
NOVIEMBRE 2001	8	8	2	10	6	3	4	4	0	1	5	0	12	63	8.5
DICIEMBRE 2001	10	6	2	8	4	4	1	5	0	0	0	1	6	47	6.3
ENERO 2002	15	10	8	4	7	11	7	1	6	0	1	0	5	77	10.4
FEBRERO 2002	10	11	2	1	3	2	2	1	0	0	0	0	10	44	5.9
TOTAL	161	99	73	57	49	49	45	42	37	34	20	10	59	735	100

DCP: DESPROPORCION CEFALO-PELVICA
SFA: SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
CDF: CERVIX DESFAVORABLE
PIC: PERIODO INTERGENESICO CORTO
MCF: MACROSOMIA FETAL
RPM: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
PRET.: PRETERMINO

FUENTE: Expedientes clínicos
Registro toco-cirugía

**CUADRO 2. COMPLICACIONES POST-CESAREA
HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA
2001-2002**

	CHOQUE HIPOVOLEMICO	DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA	HISTERECTOMIA OBSTETRICA	DECIDUO- ENDOMETRITIS	HEMATOMA ISTMICO ANTERIOR SUBSEROZO	No.
CASOS	7	4	3	2	1	17
PORCENTAJE	41.1	23.5	17.6	11.7	5.8	100 %

FUENTE: Expedientes clínicos
Registro toco-cirugía

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La problemática analizada en relación al porcentaje de cesáreas que fue muy elevada en comparación al 15% sugerido para un hospital de 2° nivel y 20% en hospitales escuela, llegando a ser de un 58%; esto es comparable según la bibliografía, con el sector privado en donde se menciona un porcentaje igual o mayor al 50%.

A nivel de recursos humanos y económicos el costo para el hospital y la institución se incrementa considerablemente ya que es más elevado el costo para una cesárea que un parto vaginal según el índice de tabulador vigente del instituto. Si se hubiera logrado el 20% que sugiere la NOM 007 sería de un ahorro considerable para la institución.

En justificación al porcentaje alto obtenido se está haciendo un balance de los riesgos beneficios para ofrecer calidad al paciente. La cirugía se realiza con la finalidad de disminuir los riesgos tanto maternos como fetales y ofrecer los beneficios al binomio, siempre y cuando esté fundamentado la indicación para disminuir los riesgos de morbi-mortalidad perinatal.

Analizando las indicaciones principales para cesárea como lo fue la desproporción cefalo-pélvica observamos que el peso promedio fetal postquirúrgico en promedio fue de 3000 grs. por lo que en el momento no se contaba con algún parámetro de evaluación pélvica más que la clínica llamándonos la atención porque con éste peso resulta muy difícil que la indicación fue la acertada y tomando en cuenta una segunda opinión se podría reducir el índice de ésta.

En relación al sufrimiento fetal agudo que fue la segunda indicación para cesárea, el resultado de la calificación de APGAR en el recién nacido fue en promedio de 7/8, nos llama la atención que tampoco fue una indicación precisa mas no podemos evaluarlo por no contar al momento de tomar la indicación con los parámetros que establecen un diagnóstico de certeza como un registro cardiotocográfico, gasometría de cordón para verificar pH menor a 7.2, únicamente contamos con la clínica en ese momento y a veces del apoyo de Ultrasonografía.

Se mencionan como otras causas edad materna avanzada, miomatosis uterina, condilomatosis vulvar, producto valioso, las cuales por sí sola no serían indicaciones absolutas para realizar una operación cesárea, mencionando también como otras: desprendimiento de placenta, placenta previa, diabetes mellitas, inductoconducción fallida, cardiopatías, situación transversa en la cual son indicaciones de la operación cesárea englobando el porcentaje del 8% del total de las cesáreas (59 casos).

El índice de complicaciones por operación cesárea inmediatas, mediatas y tardías es bajo ya que como primera complicación tenemos choque hipovolémico con 7 casos representando el 41.1% de todas las complicaciones y el 0.9% del total de las cirugías, seguido de dehiscencia de herida quirúrgica, histerectomía obstétrica, deciduo-endometritis y hematoma subseroso, comprobando con esto que sólo el 2.3% del total de todas las cesáreas realizadas tuvieron complicaciones, observando con lo anteriormente comentado que la técnica quirúrgica empleada en la intervención quirúrgica de éstas pacientes en general fue la adecuada.

CONCLUSION

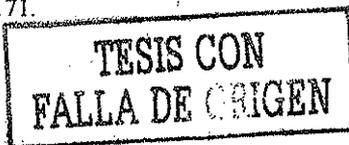
Según la literatura internacional el índice de cesáreas va en aumento en todos los países de Latinoamérica tanto a nivel institucional como particular.

Con ésta información estamos comprobando que lo referido en la literatura médica en relación al aumento del porcentaje de cesáreas en México va en incremento muy probablemente por no realizar una valoración integral al binomio madre-hijo.

El alto índice de cesáreas en el Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda (58%) comprendido entre el período de marzo 2001 a febrero 2002 supera en forma alarmante a lo establecido por la NOM 007 equivalente al 20% en un Hospital Escuela de 2° nivel observando que no se están evaluando adecuadamente la indicación preoperatorio, muy probablemente por no contar en el momento con apoyos diagnósticos de certeza para el mismo fin. Conociendo el servicio de toco-cirugía que como sabemos es manejado por médicos residentes bajo la supervisión de un médico adscrito es conveniente establecer lineamientos para la disminución de éste índice.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- FEMARELLI, L. Dudas históricas sobre la operación cesarean, Gaceta Sanitaria, Septiembre-Diciembre, 1949, pp 41-43
- 2.- BUESS, H. La obstetrician en la era romana, Actas Ciba, Oct-Dic, 1950. pp 154-63.
- 3.- QUECKE, K. La denominación "operación cesarean". Actas Ciba, Jul-Sep, 1952 pp 114-115.
- 4.- QUECKE, K. Principios históricos de la operación, Actas Ciba, Jul-Sep. 1952. pp 82-87.
- 5.- SSIGERST, H. Los grandes medicos, Ed Av Barcelona 1949.
- 6.- MIRANDA, A. Mitos y leyendas de la antigüa Grecia, Ed Gente Nueva, La Habana, 1974.
- 7.- BUESS, H., La obstetricia primitiva, Actas Ciba, Oct-Dic, 1950. pp 122-127.
- 8.- QUECKE, K., La operación cesarean en la mujer muerta. Actas Ciba, Jul-Sep, 1952. pp 88-94.
- 9.- BUESS, H., La obstetrician de los médicos hipocráticos. Actas Ciba, Oct-Dic, 1950. pp 138-149.
- 10.- QUECKE, K., La operación cesarean en la mujer viva. Actas Ciba. Jul-Sep. 1952. pp 95-104.
- 11.- CASTIGLIONI, A. Historia de la Medicina. Salvat Editores. S.A. Barcelona. 1941.
- 12.- GARRISON, F.H. Introducción ala Historia de la Medicina. Ed Calpe. Madrid, España, 1992, Tomo II.
- 13.- MULLER, C. La operación cesarean desde que se introdujo la operación de Porro (1876). Actas Ciba, Jul-Sep. 1952. pp 105-114.
- 14.- FAHRNI, R. La acojida del tratamiento de las heridas según Lister por la cirugía de su tiempo. Actas Ciba, Sep-Oct. 1949. pp 166-171.



- 15.- DEXEUS, Santiago et al. Operatoria obstétrica. Salvat. 1987. Vol. 3. 2ª Edición. 487 pp
- 16.- MAGALLI, S. La Ciudad en México tiene el mayor índice de cesárea en el mundo. SIMAC. Septiembre, 1999.
- 17.- BELIZAN, J. y cols. Estudio Latinoamericano de cesárea. Mayo 1998. pp 1-46
- 18.- SHEARER, E. Cesarean section-medical and cotas society scienci medic. 1993. 37 pp 123-131.
- 19.- Norma oficial mexicana para la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido (NOM 007) SSA. 1995.
- 20.- MERLO-GONZALEZ. Obstetricia. Salvat. 1994. 330.
- 21.- PERNOLL Martin et al. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. Manual moderno. 1997. 391.
- 22.- ROCK, John et al. Ginecología quirúrgica Te Linde. Panamericana. 8va edición. 1998. 519-545.
- 23.- TIERNEY, Lawrence M. Et al. Diagnóstico clínico y tratamiento. Manual moderno. 13va edición: 1996. 690-691.