

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**SECRETARIA DE SALUD Y ASISTENCIA
PÚBLICA**

HOSPITAL DE LA MUJER

“ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS INDICACIONES E
INCIDENCIA DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER EN EL LAPSO DE UNA
DÉCADA”

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
DR. AARÓN MONTOYA BAUTISTA

ASESOR DE TESIS

DRA. MARIA DE LOURDES MARTINEZ ZÚÑIGA

MÉXICO, DF.

ENERO 2006



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.

A TODOS LOS MÉDICOS

Jefes de Servicio y adscritos del Hospital de la Mujer, como reconocimiento a su ardua labor de enseñanza.

**DRA. MARIA DE LOURDES MARTINEZ ZÚÑIGA
ASESOR DE TESIS**



**DR. MANUEL CASILLAS BARRERA
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**



**HOSPITAL DE LA MUJER
JEFATURA DE ENSEÑANZA**

**DRA. JACQUELINE ROSALES LUCIO
JEFA DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA**



INDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEORICO.....	7
ANTECEDENTES.....	7
INCIDENCIA.....	11
DEFINICIÓN.....	14
TIPOS DE CESÁREA.....	15
INDICACIONES.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	21
HIPÓTESIS.....	21
OBJETIVOS.....	22
MATERIAL Y METODO.....	22
VARIABLES.....	23
RESULTADOS.....	24
ANEXOS.....	36
ANALISIS DE RESULTADOS.....	44
CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	48

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, comparativo y analítico en Hospital de la Mujer en el periodo de 1995 y 2005, para conocer las indicaciones, factores, frecuencia e incidencia de cesáreas. Para ello se consultaron "Expedientes y fichas de registros", creándose una base de datos para permitirnos agrupar los diferentes datos y realizar un análisis por periodos, de la frecuencia cualitativa y cuantitativa de las indicaciones de cesáreas insertando como punto de corte la comparación entre los años mencionados.

Se registro en el año de 1995 una incidencia de 37.5% y en el año del 2005, del 40.3%, se tomo como prueba de estudio desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995 y 2005. Registrándose 10808 gestaciones en 1995 de las cuales 4054 culminaron en parto-cesárea, con una incidencia de 37.5%, y 7616 gestaciones en el 2005 de las cuales 3074 culminaron en parto-cesárea, con una incidencia de 40.3%, las cuales fueron discriminadas por orden de frecuencia de sus indicaciones.

Para 1995; Cesárea iterativa: 91 (28.7%); Sufrimiento fetal: 70 (22.0%); D.C.P.: 63 (19.8%); Presentación pélvica: 36 (11.3%); Enfermedad hipertensiva en el embarazo: 20 (6.3%); Embarazo gemelar: 5 (1.5%); Producto prematuro: 5 (1.5%); Situación fetal anormal: 5 (1.5%); Oligohidramnios: 4 (1.2%); Distocia de la dinámica: 4 (1.2%).

Para el 2005; Enfermedad hipertensiva en el embarazo: 46 (14.5%); Sufrimiento fetal: 45 (14.1%); D.C.P. : 26 (8.2%); Oligohidramnios; 25 (7.8%); Cesárea iterativa: 23 (7.2%); Situación fetal anormal: 22 (6.9%); Presentación Pélvica: 21 (6.6%); Distocia de la dinámica: 20 (6.3%); Baja reserva feto-placentaria: 18 (5.6%); Compromiso de histerorrafia: 14 (4.4%).

Llama la atención la disminución completa de la indicación de Producto Prematuro de (1.5 %) en 1995 y sin reporte en el 2005. Destacando el aumento de la Indicación de Enfermedad hipertensiva en el embarazo, causa principal de complicaciones graves en el binomio.

INTRODUCCIÓN

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Los aportes científicos y tecnológicos que ocurren en el siglo XX, que permitieron la introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables y de métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento agudo y crónico, contribuyeron en forma por demás importante al incremento en el uso de la operación cesárea que se observó en la década de los años 60s en todos los países alrededor del mundo. ^{6,3}

Sin embargo, en épocas recientes ha ocurrido un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, con lo que esta técnica operatoria pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando esta bien indicada. ^{6,3} El incremento tan notable en nuestro país en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las instituciones del sector público y privado ha sido motivo de preocupación.

Su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. A medida que los hospitales tienen más años de funcionamiento, la cesárea iterativa es más frecuente. ^{6,3}

Esta intervención, reservada en los tiempos del imperio Romano solo como un intento heroico de salvar la vida de un feto en los casos de muerte materna, se convirtió posteriormente gracias al avance del conocimiento médico en una herramienta utilísima para asegurar la sobrevivencia del feto y también de la madre en diversas condiciones de riesgo obstétrico. ^{1,9}

El fenómeno de la cesárea sin indicación médica o fetal, resalta la importancia de establecer protocolos basados en evidencias que permitan homogeneizar el

juicio clínico en cada tipo de nacimiento en base a sus riesgos y beneficios particulares. ⁵

El Hospital de la Mujer dependiente de la Secretaría de Salud, considerado de Segundo y Tercer nivel de atención., es un Hospital de concentración de patología Ginecológica y Obstétrica, a demás de ser un centro formador de recursos humanos en dicha área, por lo que es fundamental reafirmar los conocimientos básicos de la especialidad.

El motivo de la presente tesis es el estudio comparativo sobre la frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital de la Mujer, en diferentes años (1995 – 2005), y de este modo analizar la tendencia actual de dicha operación.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Sus raíces son tan lejanas que nos han llegado envueltas en la mitología y en la leyenda unida 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. ^{2,}

^{4,19}

La operación cesárea ha sido parte de la cultura humana desde la antigüedad. De acuerdo a la mitología Griega Apolo fundador del culto religioso de la Medicina extrajo a Esculapio del abdomen de su madre. Numerosas referencias aparecen en la cultura Hindú, Egipcia y Romana. Los antiguos Chinos prohibían la realización de este procedimiento en mujeres vivas. En el libro del Talmud se prohibía el nacimiento por cesárea cuando el embarazo era gemelar ya que modificaba los rituales religiosos del nacimiento. ^{2, 4,19}

La cesárea, también llamada “sección cesárea”, parto cesáreo e hysterotomía, ha sido y es aun de gran interés y controversia. La definición original en 1970 por el obstetra francés M. Jean Louis Baudelocque (1746 – 1810) era: “operación por la que se abre una vía para el nacimiento de un niño, diferente de la natural”. ^{2, 4,19}

Etimológicamente, el nacimiento de una criatura por el corte de la pared abdominal proviene de los verbos latinos Caedere y Secare, que significan cortar. En la Roma imperial a los recién nacidos por esa vía se les llamaba Cesons o Caesares. Sin embargo, el verdadero origen de su nombre ha sido objeto de múltiples y discutibles versiones. La más popular se desprende del nacimiento de Julio Cesar, quien según Plineo el Viejo, vino al mundo y llevo su nombre por el útero escindido de su madre Caesus, que quiere decir cortado. Otro posible origen deriva de las leyes romanas de Numa Pompileo, soberano de Roma entre los años 672 y 715 antes de cristo; ley que bajo los cesares

habría tenido el apelativo de cesárea y que imponía la extracción abdominal, post mortem para salvar al feto. Sin embargo, en la época de Numa Pompilio no se consideraba humano al feto por nacer, y en el texto de esta ley se dice; “la Ley 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. 2, 4,19

La mayoría de los autores considera que el verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rouset (1530 – 1603) quien menciona una sección caesarienne en su monografía publicada en 1581 sobre dicha intervención titulada “Traité Nouveau de L* hystérotomotokie ou L* enfantement cesarien “(nuevo tratado de la histerectomía o parto cesariano), y donde se recomienda por primera vez como procedimiento médico en una mujer viva. En esta obra se sostiene que el útero no debe ser suturado, lo que fue aceptado como verdad indiscutible. Paradójicamente, Rouset que avalaba sus opiniones en una casuística de 14 cesáreas exitosas no ejecuto por si mismo ninguna cesárea, ni tampoco asistió jamás a esta operación como espectador. La primera referencia a una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por el castrador de cerdos Suizo Jacob Nufer quien la ejecuto en su esposa con buen éxito para madre e hijo en el año 1500. 2, 4,19

Sin embargo el primer caso de operación cesárea en una mujer viva, aceptado históricamente sin objeción, ocurrió en el año de 1610, realizada en Alemania por los Cirujanos Trautmann y Seest en la esposa de un tonelero, que al final de su embarazo fue gravemente herida por un arco que al saltar la alcanzo en el vientre, produciéndole una ruptura del útero. El niño logro sobrevivir, pero la madre falleció a los 25 días por sepsis. 2, 4,19

En el siglo XVII los más importante Obstetras como el Alemán Cornelio Solingen (1641-1687?) y el francés Francois Mauriceau (1637 – 1709) condenaron la operación cesárea en mujeres vivas, debido al desenlace mortal para la madre. 2,4

En la nueva España se tomo la disposición en noviembre de 1772 para realizar la cesárea en las mujeres en cintas inmediatamente después de la muerte, con

el fin de extraer el feto vivo o no, para proceder a su bautismo. La primera cesárea postmortem en la nueva España se realizó en el año de 1785 en Chiautla de la Sal.

En 1793 se realizó la primera cesárea con éxito en Inglaterra y un año después en los Estados Unidos de América. En 1820, el médico Español Alfonso Ruiz Moreno realizó en Venezuela la primera cesárea abdominal in vitam en Latinoamérica, la paciente murió 2 días después de la operación pero el niño logró sobrevivir. 2, 4,19

No fue sino hasta septiembre de 1877 cuando se practicó la primera cesárea en una mujer viva en México, realizada en Monterrey, Nuevo León, por J.b Meras y J.h Meras en una mujer con exostosis del sacro y producto muerto sometido previamente a una craneotomía, la madre se restableció y caminó a los 25 días. 5

Para el desarrollo de la operación cesárea fue necesario encontrar solución a dos problemas claves. El alivio del dolor durante las intervenciones quirúrgicas y la prevención y tratamiento de las infecciones. Los pilares de este progreso llevan los nombres de James Young Simpson (1811-1870) quien introdujo el uso del cloroformo en la obstetricia; Ignaz Semmelweis (1818- 1865) el primero en reconocer la causa de la fiebre puerperal; Luis Pasteur (1802 – 1895) quien probó la existencia de bacterias y deslumbró su participación en las infecciones, cuestión que probó Robert Koch (1843-1910); y Joseph Lister (1827 – 1912) quien introdujo el tratamiento a séptico del campo operatorio. 2, 4, 5,19

Considerando que las principales causas de mortalidad materna asociada a una operación cesárea era la hemorragia y la infección, ambas de origen uterino, resultaba necesario excluir al útero, lo que marcó en 1876 una nueva era en la operación cesárea, cuando el cirujano Italiano Eduardo Porro (1842 – 1902) describió la primera cesárea seguida de histerectomía subtotal con éxito para la madre y el niño, en México el doctor Juan Maria Rodríguez (1828 – 1894) realizó en 1884 la primera operación de Porro, el niño sobrevivió pero la madre murió en el postoperatorio.2,4,5

Otro de los temas controversiales asociados a la operación cesárea fue de 1581 la sutura de incisión uterina. En el año de 1882 los Ginecólogos Alemanes Ferdinand Adolf Kehrer (1837-1914) y Max Sanger (1853-1903) introducen con éxito la sutura de plata y seda para cerrar el útero luego de una operación cesárea. La técnica de Sanger consistía en incidir longitudinalmente el cuerpo del útero en su cara anterior erigiéndose como la operación clásica. Kehrer por su parte, participo con éxito la incisión transversa en el segmento inferior del útero. 2, 4,5

En el año 1921 el Ingles J. Munro-Kerr redescubre la técnica de Kehrer, e introduce en 1926 la incisión transversal o similar en el útero en lugar de la incisión vertical en la línea media. La operación cesárea del segmento inferior, se convirtió en la técnica ideal de histerotomía en el siglo XX. 2, 4,5

Durante el periodo comprendido 1930 – 1960, la introducción de las transfusiones sanguíneas, los antibióticos y la analgesia segura, permitieron disminuir dramáticamente la tasa de mortalidad materna. 4,5

INCIDENCIA

En épocas recientes se ha observado un aumento considerable en la práctica de la operación cesárea (O/C), que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos.

Una de las mayores complejidades en la Obstetricia es tratar de encontrar puntos de comparación, análisis y toma de decisiones en lo que respecta a la cesárea, existiendo en la actualidad grupos de trabajo que tratan a toda costa de efectuar revisiones intensivas y efectuar comunicados con el fin de disminuir la tasa de la operación cesárea. 19

La tendencia en los diferentes países ha sido el disminuir las tasas; en los Estados Unidos el National Institute of Child Health and Human Development, ha buscado una tasa de cesáreas más adecuada con una morbimortalidad no

incrementada por el cambio y se considera que la tasa debe estar entre 10 y 15 %.¹⁹

Con pocas excepciones, a nivel mundial la tendencia al ascenso en la prevalencia de cesáreas es generalizada. En 1985 el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OPS/OMS, inicio un estudio sobre la epidemiología de la cesárea. La primera fase comprendió 178 instituciones de 17 países y se descubrió que la tasa de nacimientos por cesárea varió entre 9.3% en Honduras y 29% en México.²⁵ Además, se señaló que la mayor prevalencia se encontraba en los servicios privados y de pago anticipado, seguidas de las instituciones dependientes del ministerio de salud y las fuerzas armadas.⁵

El American Collage of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Cesarean Delivery Rates (2000) recomendo dos marcas para el 2010 en los Estados Unidos:

1.- Una tasa de cesárea del 15.5 % en mujeres nulípara de 37 semanas o más con embarazos únicos en presentación cefálica.

2.- Una tasa de Parto Vaginal Luego de una Cesárea del 37 % en mujeres con embarazos únicos de 37 semanas o más con presentación cefálica y una cesárea segmentaría previa.²²

En Chile la tasa de cesárea asciende a 40%; Puerto Rico 31.0%; y en Brasil más del 30% de los nacimientos son cesáreas, con una gran variedad de registros, mientras que en Sau Paulo es de 51.1%, en Rió de Janeiro se han identificado maternidades con tasas de 32 y 81%, en Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000.⁵

Mientras que en países industrializados como Suecia la proporción de cesáreas fue de 11 % en 1990, en Francia de 15.9 % en 1995 y en Estados Unidos de 21 % en 1988, en México entre 1997 y 1996 la proporción de embarazos resueltos por cesárea paso de 23 a 35 %, y en Nuevo Laredo presento una tendencia ascendente de 30.9 % en 1993 a 39.6 % en el 2002. En América Latina entre 1993 y 1997 las cifras reportadas variaron de 23 % en Argentina, Cuba y Uruguay a 36 % en Brasil y 40 % en Chile. ¹¹

En 1985 la Organización Mundial de la Salud estableció 15 % como la cifra más alta aceptable de cesáreas, basándose en los datos prevalecientes en los países con las tasas de mortalidad perinatal más bajas del mundo.¹¹

En España según datos oficiales, en 1995 el porcentaje de cesáreas osciló en la medicina pública entre el 12% y el 16%, mientras que encuestas recientes ofrecen porcentajes del 23% del total de partos. (5) En el Reino Unido los nacimientos vía cesárea pasaron de 3% en 1970 a 21% en 2004. ⁵

En México es referida en el año de 1993 una tasa a nivel nacional de 20.2 %, sin contar que existen centros de atención que tienen tasas de más de 50 %.⁵
¹⁹

En México, el análisis del comportamiento de la operación cesárea realizado por la Secretaría de Salud durante 1990 – 1995 observó un incremento del 13.5% en 1990 a 21.9% en el año de 1995, encontrándose una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la frecuencia de cesáreas y la mortalidad materna, sin asociación con disminución en la mortalidad perinatal.

²⁴

En México, la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, del parto, del puerperio, y del recién nacido, emitida en 1995, propone la reducción de la proporción de la operación cesárea a cifras de 20 % en hospitales de concentración y de 12 % en hospitales generales. ¹¹

En 1999 la tasa de cesáreas en el país fue de 25.41%; en 2001 de 32.52%; y de 36% en 2002. Representando el los hospitales privados del 56.9 al 70% de los partos. ⁵

DEFINICIÓN DE CESÁREA

Así como tiene una rica historia la Cesárea se le han dado diferentes definiciones en el tiempo, como la del francés Juan Louis Baudelocque (1746-1810) gran médico obstetra que decía: “Que en la operación llamada cesárea cualquier vía es abierta para la salida del niño que la destinada para ello por la naturaleza”. Aunque para este propósito nosotros a veces cortamos a través de cubiertas apropiadas del abdomen, necesitamos generalmente abrir también el útero y es particularmente en este último caso que la operación ha recibido el nombre de cesárea pues en el primero pudiera expresarse simplemente con el término de laparotomía. ¹⁹

Un siglo después los autores se expresaron para reconocer que sólo se podría llamar cesárea cuando se efectuara una incisión a través de la pared del útero sin quedar incluidos la ruptura uterina o el embarazo abdominal. ¹⁹

Hoy en día se puede definir a la operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción vivo o muerto, a

través de laparotomía e incisión de la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas. ¹⁹

Esta definición no incluye la extracción del parto cuando el producto o parte de él se encuentra en el abdomen por la existencia de una ruptura uterina.

Se llama histerotomía cuando se efectúa la extracción del feto antes de las 27 semanas.

TIPOS DE CESÁREA

A. ***Según antecedentes obstétricos de la paciente:***

- Primera: es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: es la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas.

B. ***Según indicaciones:***

- Urgente: es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto

C. ***Según técnica quirúrgica:***

Transperitoneal

- corporal o clásica
- segmento - corporal (tipo Beck)
- segmento - arciforme (tipo Kerr). 6

TRANSPERITONEAL

- Corporal o clásica: La incisión se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico uterino invasor, embarazo pretérmino, histerorrafía corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea postmortem y cuando después de la cesárea se realizara una histerectomía. Sus desventajas son; apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafía menos resistente que pueda hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.
- Segmento corporal: La incisión se realiza sobre el segmento y la parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretermino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias, corporales previas. Las desventajas de esta técnica son similares a las observadas con la técnica corporal.
- Segmento arciforme o Transversal: Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. La incisión transversal del segmento inferior tiene la ventaja de producir menos hemorragia, permitir una fácil

apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes, así como pocas adherencias postoperatorias. ⁶

EXTRAPERITONEAL

- La técnica extraperitoneal es de poco uso. Esta indicada en los casos de riesgo o presencia de infección ovular, pues evita la contaminación de la cavidad abdominal y del peritoneo. Existen variables prevesicales, supravesicales, y para supravesicales. La principal complicación de la técnica es la lesión traumática de la vejiga durante la intervención quirúrgica. ⁶

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Las indicaciones de la operación cesárea también son un punto de controversia ya que han surgido múltiples indicaciones tanto para el feto como para la madre con el propósito de reducir la morbimortalidad perinatal.

Al igual que con el índice, las indicaciones para los diversos centros hospitalarios de un país son distintos y de país a país también existen cambios significativos sin el afán de tratar de igualar o buscar similitudes, los estudiosos del problema en Estados Unidos se han referido a cuatro grandes indicaciones.

7,19

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

	%	INPer %
--	---	---------

Distocia	39.1	26.6
Cesárea previa	30.1	14.2
Situación anormal	3.5	8.7
Sufrimiento fetal	8.7	8.8
Otras	18.6	42.1

The Journal of Reproductive Medicine 1994; 39.

INPer; Instituto Nacional de Perinatología. ¹⁹

Se sugiere la división en dos grandes categorías: Indicaciones absolutas y relativas; pretendiendo con ello hacer un análisis más adecuado y proponer cambios o normas para una nueva estrategia que lleve a menores porcentajes de morbimortalidad. ¹⁹

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Absolutas	Relativas
Iterativa	Desproporción cefalo-pélvica
Presentación pélvica	Enfermedad Hipertensiva inducida por el embarazo
Sufrimiento fetal agudo	Ruptura prematura de membranas
R.C.I.U.	Postermio
D.P.P.N.I.	Distocia dinámica
Hidrocefalia	Isoinmunización
Placenta de inserción baja	Antecedentes de deciduoendometritis
Pretermino	Diabetes
Situación fetal anormal	Antecedentes de miomectomía
Antecedentes de corporal previa	Baja reserva fetal
Presentación de cara	Compromiso de histerorrafia
V.P.H. activo	Antecedentes de metroplastia
Prolapso de cordón	Miomatosis Uterina
Embarazo de alto orden fetal	Oligohidramnios
	Cirugía vaginal previa

	Nulípara Añosa
	Metroplastia
	Embarazo gemelar doble
	Electiva

En base a múltiples estudios médicos se ha visto que, dividir en absolutas y relativas va de acuerdo a la problemática, a la mortalidad y las opciones que pueda o no complicar un parto como factor de riesgo. ¹⁹

Otro lineamiento para la indicación y práctica de la operación cesárea en nuestro país, lo clasifica de la siguiente manera: causas; Maternas, Fetales o Mixtas. ⁶

Teniendo como objetivo el establecer criterios precisos que integren las indicaciones medicas de la operación cesárea en la resolución del embarazo, con el propósito de disminuir la frecuencia de su practica injustificada, eliminando factores de riesgo en la salud perinatal de la población. ⁶

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

A. Causas Maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalo pélvica)

- Estreches pélvica
- Pelvis asimétrica o deformada
- Tumores óseos de la pelvis

Distocia de partes blandas

- Malformaciones congénitas
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cervix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto

- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas
- Cirugía previa del cervix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto

Distocia de la contracción

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)

B. Causas Fetales

- Macrosomia fetal que condiciona desproporción céfalo pélvica
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso del cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea postmortem

C. Causas Mixtas

- Síndrome de desproporción céfalo pélvica
- Preeclampsia- eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isonmunización materno fetal. 6

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México como en otros países, se ha visto un incremento importante en los nacimientos por cesárea, siendo esta última una importante causa de morbilidad materna.

La operación cesárea en efecto, a contribuido notablemente en mejorar las condiciones al nacimiento y la sobrevivencia de muchos recién nacidos. Sin embargo, parece existir consenso de que, en los últimos tiempos, el aumento de las cesáreas no ha guardado proporción con la disminución de la mortalidad y morbilidad perinatal.

Debido a la alta incidencia promedio que este Hospital registra en años anteriores y la tendencia de incrementarse aun más, se propuso realizar el presente trabajo con la finalidad de conocer las principales indicaciones obstétricas de cesáreas y determinar la incidencia de cesárea en los periodos de 1995 y 2005, así como, hacer la comparación de las mismas, entre otros indicadores comparativos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Habrán cambiado las indicaciones, factores, frecuencia e incidencia de la operación cesárea en el Hospital de la Mujer en el lapso de una década?

HIPÓTESIS

Las indicaciones, factores e incidencia de la operación cesárea son diferentes en el Hospital de la Mujer en una década.

OBJETIVOS

General:

Conocer las indicaciones de la operación cesárea en el Hospital de la Mujer en los periodos de 1995 y 2005.

Específicos:

Determinar la incidencia de la operación cesárea en el Hospital de la mujer en los periodos 1995 y 2005.

Determinar los factores de riesgo para la operación cesárea

Determinar el grupo de edad más frecuente en la operación cesárea

Constatar una segunda opinión para la realización de la operación cesárea.

MATERIAL Y METODO

Diseño de estudio:

Se efectuó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, comparativo y analítico.

Universo:

Pacientes obstétricas atendidas por cesárea en el Hospital de la mujer en el periodo de 1995 y 2005.

Criterios de inclusión:

Pacientes intervenidas quirúrgicamente por operación cesárea en el Hospital de la Mujer en el año de 1995 y 2005

Criterios de exclusión:

Pacientes intervenidas quirúrgicamente en otra institución

Pacientes intervenidas antes de las 27 semanas de gestación.

VARIABLES

Variable Independiente: Cesárea

Variables Dependientes: Indicaciones

Incidencia

Diagnóstico

Complicaciones

Variables de Control: Edad de la madre

Número de embarazos

Número de consultas

Control prenatal

Edad gestacional

Tipo de Cirugía

Cirujano

Valoración de pacientes por MA

Número de valoradores para la intervención Qx

Autorización medica para cirugía

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, comparativo y analítico en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México.

Se aplicó una hoja de recolección de datos validada por el médico asesor, que identificó aspectos relacionados con edad de la mujer, número de embarazos, edad gestacional a la intervención, lugar de control prenatal, número de consultas durante el embarazo, indicación de la cesárea, número de médicos adscritos que valoraron y autorizaron la cirugía, cirujano, tipo de incisión y las complicaciones maternas que se presentaron.

Se incluyeron casos registrados entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 1995 y del 1 de enero al 31 de diciembre del 2005.

Se revisaron al azar expedientes de pacientes que fueron sometidas a operación cesárea y que reunieron criterios de inclusión.

La información de las causas e indicaciones de cesárea se obtuvo de la nota prequirúrgica, señalando la primera posibilidad diagnóstica expresada por el médico.

El análisis se hizo por estadística descriptiva y se obtuvieron las frecuencias simple y agrupada; la edad materna fue agrupada por quinquenios, la edad gestación de la siguiente forma: < 36.6 semanas, 37 a 40 semanas, 40.1 a 42 semanas y > de 42 semanas, el número de embarazos en 1, 2, 3, y > 4, el control prenatal se valoró si fue llevado en Centro de Salud, Hospital de la Mujer, Médico Particular y pacientes sin control prenatal. El número de consultas se agrupó en 0 consultas, 1 a 4 consultas, 5 a 8 consultas y más de 9 consultas.

Las indicaciones de la cesárea se clasificaron de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, como indicaciones absolutas y relativas, así como la valoración y autorización por 1, 2 o más médicos adscritos, cirujano (Médico Adscrito o residente), tipo de incisión (media o Pfannenstiel) y complicaciones maternas transquirúrgicas y postquirúrgicas.

Cabe mencionar que para el año de 1995 solo se pudo recabar la edad de la paciente, indicaciones y complicaciones de la cesárea, debido a que no se cuenta con expediente clínico.

En el año de 1995 se dieron 10808 atenciones obstétricas de las cuales 37.50% (n=4054) culminaron en operación cesárea.

Se revisaron al azar 317 fichas de datos de pacientes que fueron sometidas a operación cesárea en el año de 1995. El grupo de edad en que se presentó el mayor porcentaje de casos fue entre los 20 y 24 años, con un total de 35.64 % (n=113), de los 15 a 19 con un 23.65 % (n=73), de los 25 a 29 con 21.45 % (n=68) y de los 30 a 34 con un 13.56 % (n=43). (Grafico II).

Grupo de edad en mujeres sometidas a operación cesárea en 1995

EDAD EN AÑOS	CASOS	%
< 14	3	0.94
15 a 19	75	23.65
20 a 24	113	35.64
25 a 29	68	21.45
30 a 34	43	13.56
35 a 39	10	3.15
> 40	5	1.57
Total	317	100.00

Fuente; archivo del Hospital de la Mujer.

Respecto a los motivos de cesárea, los diagnósticos señalados con más frecuencia fueron Cesárea iterativa 28.70 % (n=91), Sufrimiento fetal 22.08 % (n=70), Desproporción cefalo-pélvica 19.87 % (n=63), Presentación pélvica 11.35% (n=36), Enfermedad hipertensiva Inducida por el embarazo 6.30% (n=20), Embarazo gemelar 1.57% (n=5), Producto prematuro 1.57% (n=5), Situación fetal anormal 1.5% (n=5), Oligohidramnios 1.26% (n=4) y Distocia de la dinámica 1.26% (n=4) (Grafico I).

Del total de cesárea, 11 casos presentaron complicaciones maternas (3.47 %), la complicación mas frecuente fue sepsis puerperal 45.45% (n=5), dehiscencia de herida quirúrgica 27.27% (n=3), afonía uterina transitoria 18.18% (n=2), dehiscencia de histerorrafia 9.09% (n=1). (Grafico III).

Cuadro II

Diagnósticos más frecuentes en mujeres sometidas a operación cesárea 1995

INDICACIÓN	CASOS	%
Cesárea iterativa	91	28.70
Sufrimiento fetal	70	22.08
Desproporción cefalo-pélvica	63	19.87
Presentación pélvica	36	11.35
Enfermedad hipertensiva del embarazo	20	6.30
Embarazo gemelar	5	1.57
Producto prematuro	5	1.57
Situación fetal anormal	5	1.57
Oligohidramnios	4	1.26
Distocia de la dinámica	4	1.26
Ruptura prematura de membranas	4	1.26
Otras indicaciones	10	3.15
Total	317	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Cuadro II.I

Otras indicaciones de cesárea en el año de 1995

INDICACIÓN	CASOS	%
Falta de descenso y progresión	4	1.26
Diabetes mellitus	2	0.63
Placenta previa	1	0.31
Prolapso de cordón	1	0.31
Producto óbito	1	0.31
Miomatosis uterina	1	0.31
Total	10	3.15

Fuente: Archivo del Hospital de la mujer

Cuadro III

Complicaciones maternas en el año de 1995

COMPLICACION	CASOSA	%
Sepsis puerperal	5	45.45
Dehiscencia de herida quirúrgica	3	27.27
Atonía uterina transitoria	2	18.18
Dehiscencia de histerorrafia	1	9.09
Total	11	100.00

En el año del 2005 se dieron 7616 atenciones obstétricas de las cuales 3074 culminaron en operación cesárea, con una incidencia del 40.36 %

El grupo de edad en que se presentó el mayor porcentaje de casos fue entre los 15 y 19 años, con un total de 29.6 % (N=94), de 20 a 24 años 28.39 % (n=90), de 25 a 29 años 19.87 % (n=63), de 30 a 34 años 12.61% (n=40), de 35 a 39 años 7.88 % (n=25), más de 40 años 0.94% (n=3) y menos de 14 años 0.63% (n=2) (Grafico IV).

Cuadro IV

Grupos de edades en mujeres sometidas a operación cesárea en el 2005.

EDAD	CASOS	%
< 14 años	2	0.63
15 a 19	94	29.65
20 a 24	90	28.39
25 a 29	63	19.87
30 a 34	40	12.61
35 a 39	25	7.88
> 40	3	0.94
Total	317	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

La edad gestacional en que se efectuaron las cesáreas fue entre las 37 a 40 semanas, 62.77 % (n=199), de las 41.1 a 42 semanas, 20.18 % (n=64), < 36.6 semanas, 15.14 % (n=48) y > 42.1 semanas, 1.86 % (n=6) (Grafico V).

Cuadro V

Edad gestacional al culminar el embarazo

EDAD GESTACIONAL	CASOS	%
< 36.6 semanas	48	15.14
37 a 40	199	62.77
41.1 a 42	64	20.18
> 42.1 semanas	6	1.89
Total	317	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Respecto a las indicaciones de cesáreas, los diagnósticos más frecuentes fueron: enfermedad hipertensiva en el embarazo, 14.51 % (n=46) y sufrimiento fetal, 14.19% (n=45), desproporción cefalo pélvica 8.20% (n=26), oligohidramnios, 7.88% (n=25), cesárea iterativa, 7.25% (n=23), situación fetal anormal, 6.94% (n=22), presentación pélvica 6.62% (n=21), distocia de la dinámica 6.30% (n=20), baja reserva feto placentaria 5.67 % (n=18) y compromiso de histerorrafia, 4.41 % (n=14) (Grafico VI).

Del total de cesáreas, 19 presentaron complicaciones maternas, desgarro de comisura, 53.30 % (n=8), hematoma prevesical, 13.30 % (n=2), inversión uterina 13.30 % (n=2), desgarro de arteria uterina, 13.30 % (n=2), afonía uterina transitoria, 6.60 % (n=1), desgarro de vagina, 6.60 % (n=1), lesión vesical, 6.60 % (n=1), H.T.A. obstétrica, 6.60 % (n=1) y hematoma en ligamento ancho, 6.60 % (n=1). (GraficoXIV)

Cuadro VI

Principales indicaciones de operación cesárea en año 2005

INDICACIONES	CASOS	%
Enfermedad hipertensiva en el embarazo	46	14.51
Sufrimiento fetal	45	14.19
Desproporción céfalo pélvica	26	8.20
Oligohidramnios	25	7.88
Cesárea iterativa	23	7.25
Situación fetal anormal	22	6.94
Presentación pélvica	21	6.62
Distocia de la dinámica	20	6.30
Baja reserva feto placentaria	18	5.67
Compromiso de histerorrafia	14	4.41
Expulsivo prolongado	11	3.47
Otras indicaciones	49	15.45
TOTAL	317	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Cuadro VI.I

Otras indicaciones de operación cesárea en el año 2005

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

OTRAS INDICACIONES	CSOS	%
R.C.I.U.	7	14.28
D.P.P.N.I.	7	14.28
Ruptura prematura de membranas	6	12.24
Flujometría alterada	4	8.16
Antecedentes de miomectomía	3	6.12
Embarazo gemelar	3	6.12
Placenta previa	3	6.12
Embarazo posttermino	3	6.12
Diabetes mellitus	2	4.08
Isoinmunización materno-fetal	1	2.04
Hidrocefalia o malformación fetal	1	2.04
Infección amniótica	1	2.04
Condilomatosis vulvovaginal extensa	1	2.04
Prolapso de cordón	1	2.04
Distocia de partes blandas	1	2.04
Hipotiroidismo	1	2.04
C.I.A.	1	2.04
TOTAL	46	100.00

Se pudo observar que en el año del 2005, las primigestas ocuparon el mayor número de pacientes intervenidas por vía cesárea con un total de 42.58 %(n=135) y las secundigestas fueron 29.33 %(n=93). Cabe mencionar que de todas las pacientes, 48.58 %(n=154) acudieron a control prenatal en promedio de 5 a 8 ocasiones, en su mayoría acudieron al Centro de salud 51.73 %(n=164) y con Médico particular 21.13 %(n=67).

De las pacientes intervenidas en el año del 2005, 75.70 %(n=240) fueron valoradas y autorizado el procedimiento quirúrgico por un solo médico adscrito, llama la atención que en 13.88 %(n=44) pacientes intervenidas se realizó el acto quirúrgico sin autorización ni valoración por médicos adscritos, según expediente clínico.

Los procedimientos se realizaron en su mayoría por el médico residente con un total de 97.47 %(n=309) intervenciones.

Realizando con mayor frecuencia la incisión media en pared abdominal con un total de 94.95 %(n=301) y en el 100 % (n=317) de los casos se realizó la histerotomía segmento-arciforme tipo Kerr. Se pudo observar que la principal complicación materna fue el desgarro de comisuras, 53.30 %(n=8).

Cuadro VII

	CASOS	%
VII.I ; Núm de embarazos por paciente		
1 emb	135	42.58
2 emb	93	29.33
3 emb	52	16.40
> 4 emb	37	11.67
Total	317	100.00
VII.II Núm de consultas prenatales		
0	39	12.30
1 a 4	58	18.29
5 a 8	154	48.58
> 9	66	20.82
Total	317	100.00
VII.III Lugar de control prenatal		
Centro de salud	164	51.73
Médico particular	67	21.13
Hospital de la mujer	47	14.82
Sin control	39	12.30
Total	317	100.00
VII.IV Autorización para realizar cirugía		
1 m.a.	240	75.70
2 m.a.	25	7.88
3 m.a.	8	2.52
Sin autorización	44	13.88
Total	317	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Tabla VII

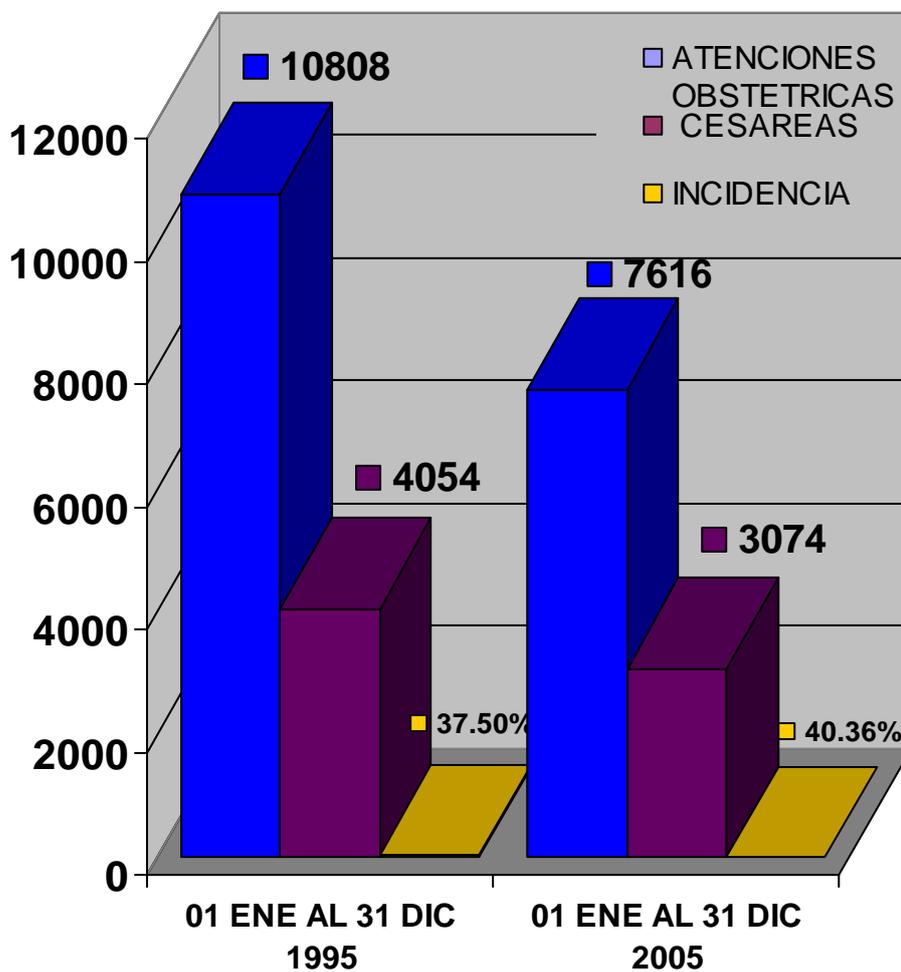
	CASOS	%
VII.V Cirujano		
Médico residente	309	97.47
Médico adscrito	8	2.52
Total	317	100.00
VII.VI Tipo de incisión abdominal		
Media	301	94.95
Pfannenstiel	16	5.05
Total	317	100.00
VII.VII Técnica quirúrgica transperitonea (tipo de histerotomía)		
Corporal o clásica	0	0
Segmento-corporal (tipo Beck)	0	0
Segmento-arciforme (tipo Kerr)	317	100
Total	317	100.00
VII.VII Complicaciones maternas		
Desgarro de comisura	8	53.30
Hematoma prevesical	2	13.30
Inversión uterina	2	13.30
Desgarro de arteria uterina	2	13.30
Atonia uterina transitoria	1	06.60
Desgarro de vagina	1	06.60
Lesión vesical	1	06.60
Histerectomía obstétrica	1	06.60
Hematoma en ligamento ancho	1	06.60
Total	19	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Centralizando el estudio en los periodos del 01 enero al 31 diciembre del 1995 y del 01 de enero al 31 de diciembre del 2005, con el objetivo de dilucidar en detalle las indicaciones precisas de cesáreas de forma cualitativa y cuantitativa. Se observo un total de 10808 gestaciones de las cuales 4054 culminaron en cesáreas correspondiendo a una incidencia de 37.50 % en el año de 1995 y un total de 7616 gestaciones de las cuales 3074 culminaron en cesáreas teniendo una incidencia de 40.36 % para el año del 2005. (Grafico y cuadro VIII)

Grafico VIII

Comparación de incidencia de operación cesárea en los años 1995 y 2005.



Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Cuadro VIII

Cuadro comparativo de indicaciones de cesárea en los años de 1995 y 2005

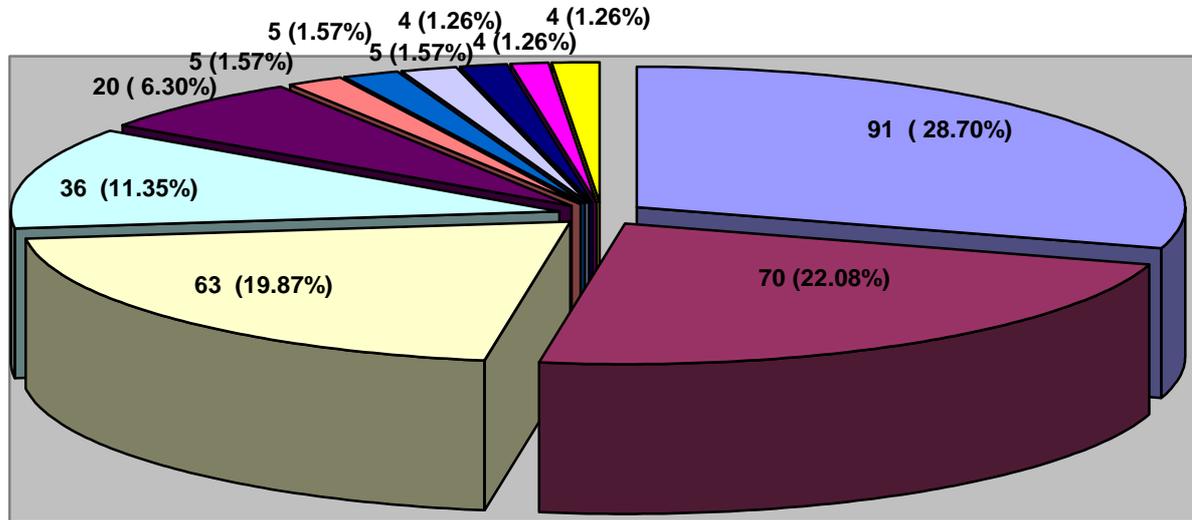
INDICACIONES PRINCIPALES DE CESAREA	01 ENE AL 31 DIC 1995	%	01 ENE AL 31 DIC 2005	%
Cesárea iterativa	91	28.70	23	7.25
Sufrimiento fetal	70	22.08	45	14.19
Desproporción céfalo pélvica	63	19.87	26	8.20
Presentación pélvica	36	11.35	21	6.62
Enfermedad hipertensiva en el embarazo	20	6.30	46	14.51
Embarazo gemelar	5	1.57	3	0.94
Producto prematuro	5	1.57		
Situación fetal anormal	5	1.57	22	6.94
Oligohidramnios	4	1.26	25	7.88
Distocia de la dinámica	4	1.26	20	6.30
Ruptura prematura de membranas	4	1.26	6	1.89
Baja reserva feto-placentaria			18	5.67
Compromiso de histerorrafia			14	4.41
Expulsivo prolongado			11	3.47
Otras indicaciones	10	3.15	37	11.73
TOTAL	317	100.00	317	100.00

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

ANEXOS

Grafico I

Indicaciones de cesárea en el año de 1995



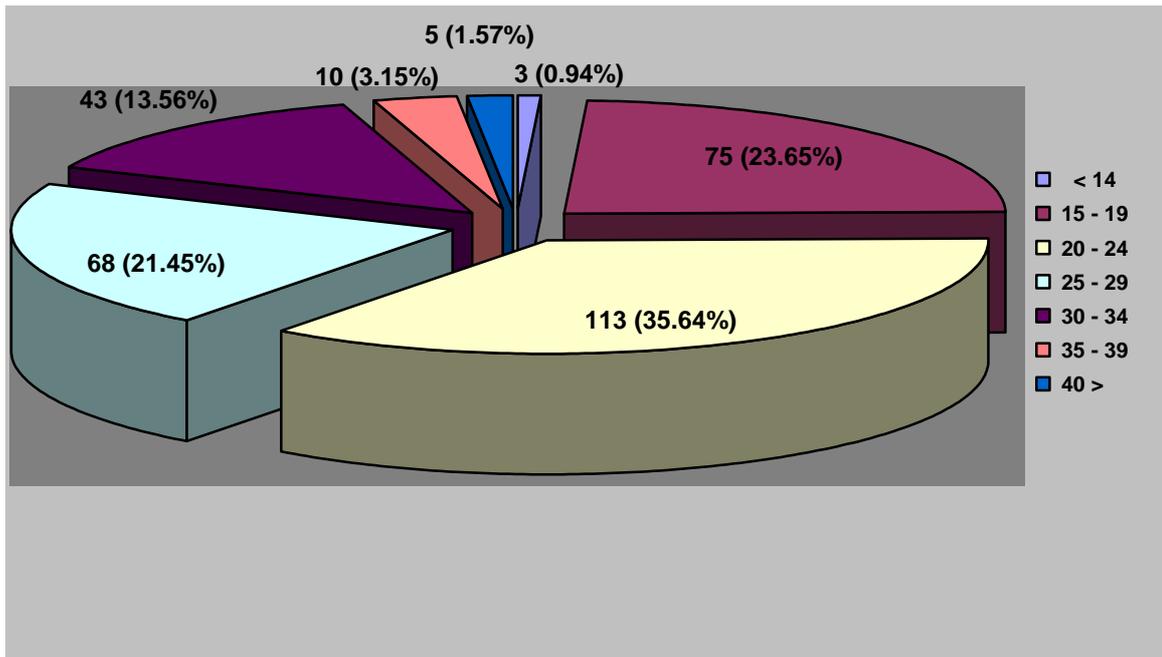
- | | | | |
|---------------------------|---------------------|----------------------|---------------------------|
| ■ iterativa | ■ S.F.A. | □ D.C.P. | □ presentacion pelvica |
| ■ enfermedad hipertensiva | ■ embarazo gemelar | ■ producto prematuro | □ situacion fetal anormal |
| ■ oligohidramnios | ■ distocia dinamica | ■ R.P.M. | |

Indicaciones absolutas	num	%	Indicaciones relativas	núm	%
Cesárea iterativa	91	28.70	Desproporción cefalo-pélvica	63	19.87
Sufrimiento fetal	70	22.08	Enfermedad hipertensiva en el embarazo	20	6.30
Presentación pélvica	36	11.35	Producto prematuro	5	1.57
Situación fetal anormal	5	1.57	Distocia de la dinámica	4	1.26
Embarazo gemelar	5	1.57	Oligohidramnios	4	1.26
			Ruptura prematura de membranas	4	1.26
Subtotal	207	62.29	Subtotal	100	31.54
Otras indicaciones	2	0.63	Otras indicaciones	8	2.52
Total	209	65.93	Total	108	34.07

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

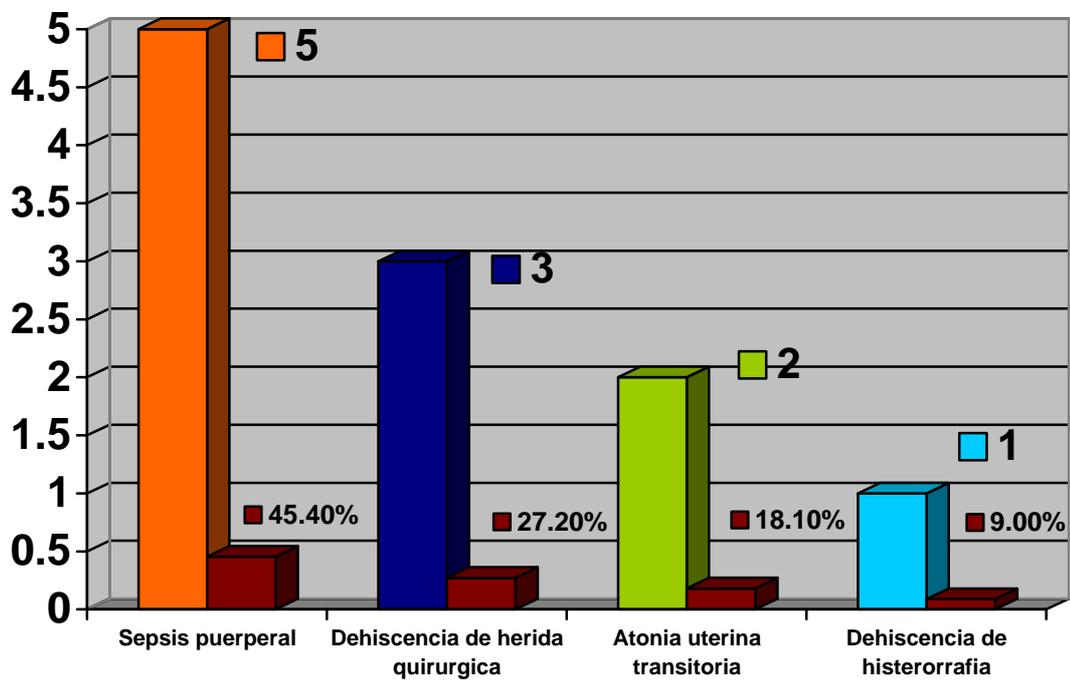
Grafico II

Edad materna de pacientes con cesárea en 1995



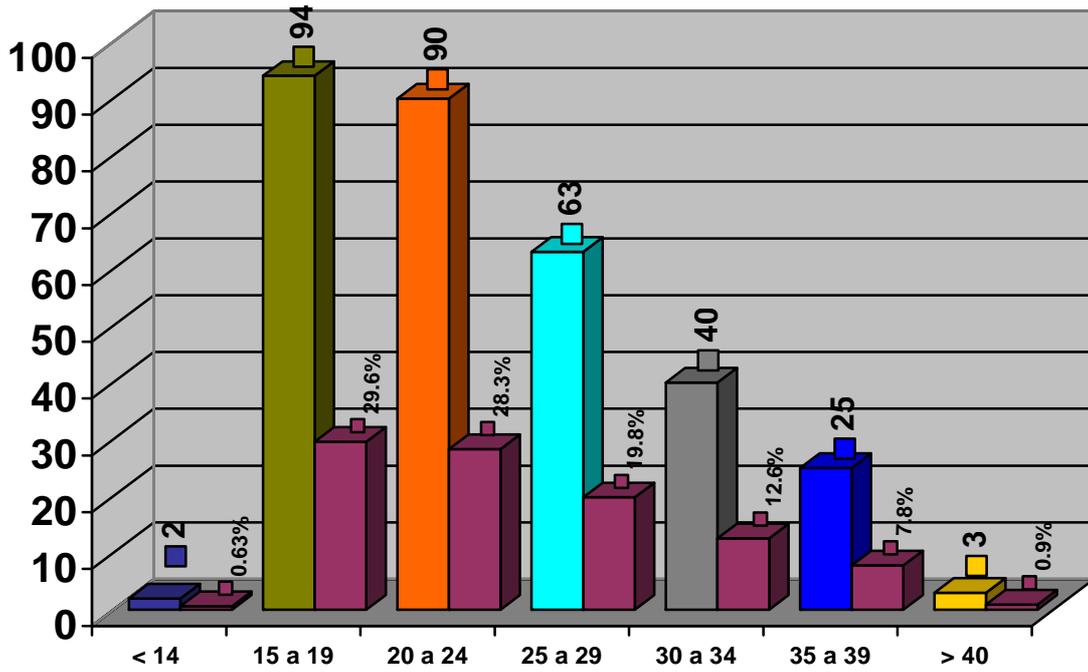
Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Grafico III
Morbilidad materna en 1995.



Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

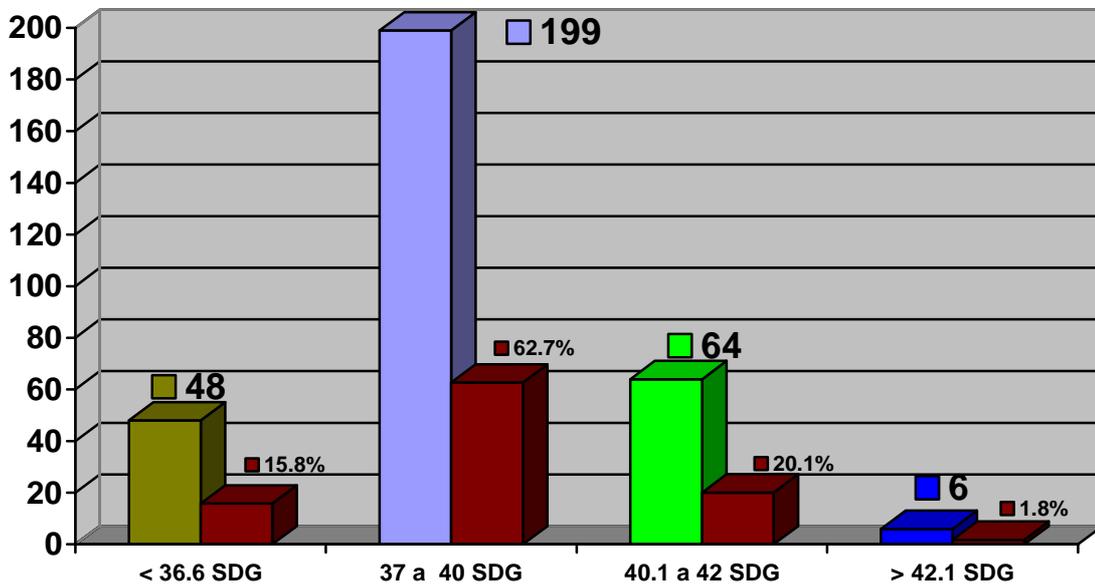
Grafico IV
Edad materna en pacientes intervenidas vía cesárea en el 2005.



Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Grafico V

Edad gestacional a la interrupción del embarazo en el 2005

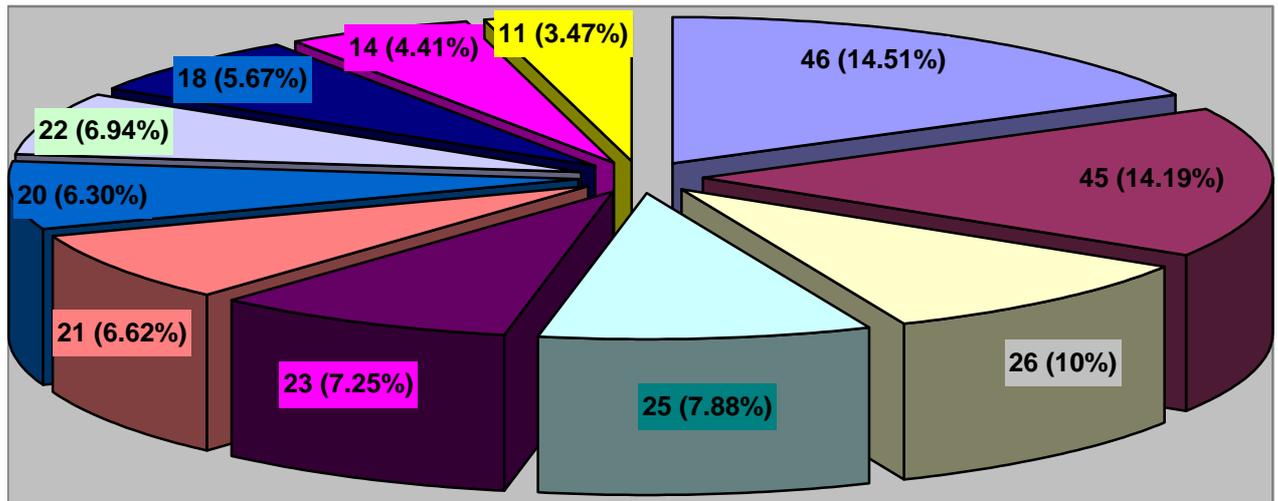


Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Grafico VI

Principales indicaciones de cesárea en el

2005



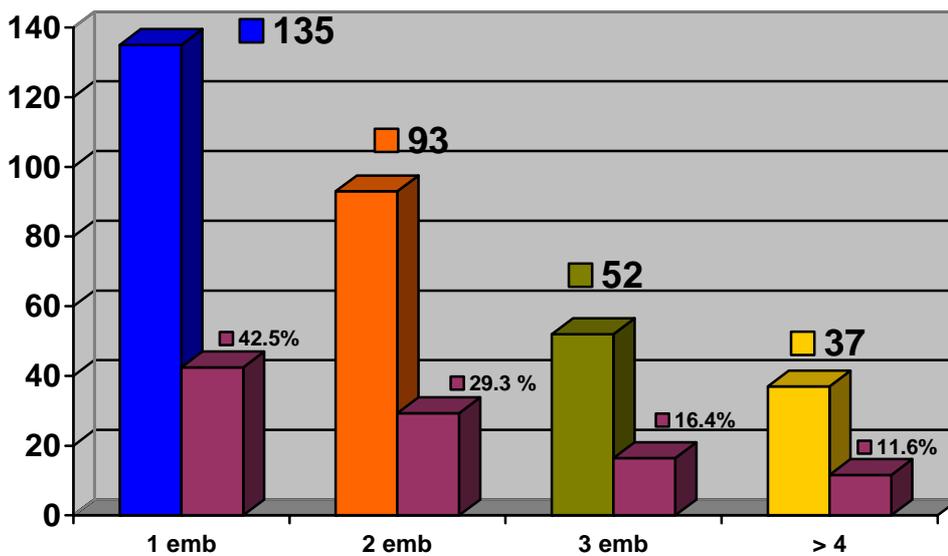
- Enfermedad Hipertensiva en el embarazo
- Sufrimiento Fetal
- Desproporcion cefalo-pelvica
- Oligohidramnios
- cesarea iterativa
- Presentacion pelvica
- Distocia de la dinamica
- Situacion fetal anormal
- Baja reserva feto-placentaria
- Compromiso de histerorrafia
- Expulsivo Prolongado

Indicaciones absolutas	num	%	Indicaciones relativas	num	%
Sufrimiento fetal	45	14.19	Enfermedad hipertensiva en el embarazo	46	14.51
Cesárea Iterativa	23	7.25	D.C.P.	26	8.20
Situación fetal anormal	22	6.94	Oligohidramnios	25	7.88
Presentación pélvica	21	6.62	Distocia de la dinámica	20	6.30
			Baja reserva feto placentaria	18	5.67
			Compromiso de histerorrafia	14	4.41
			Expulsivo prolongado	11	3.47
Subtotal	111	35.01	Subtotal	160	50.47
Otras indicaciones	23	7.25	Otras indicaciones	23	7.25
Total	134	42.27		183	57.73

Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Gráfico VII

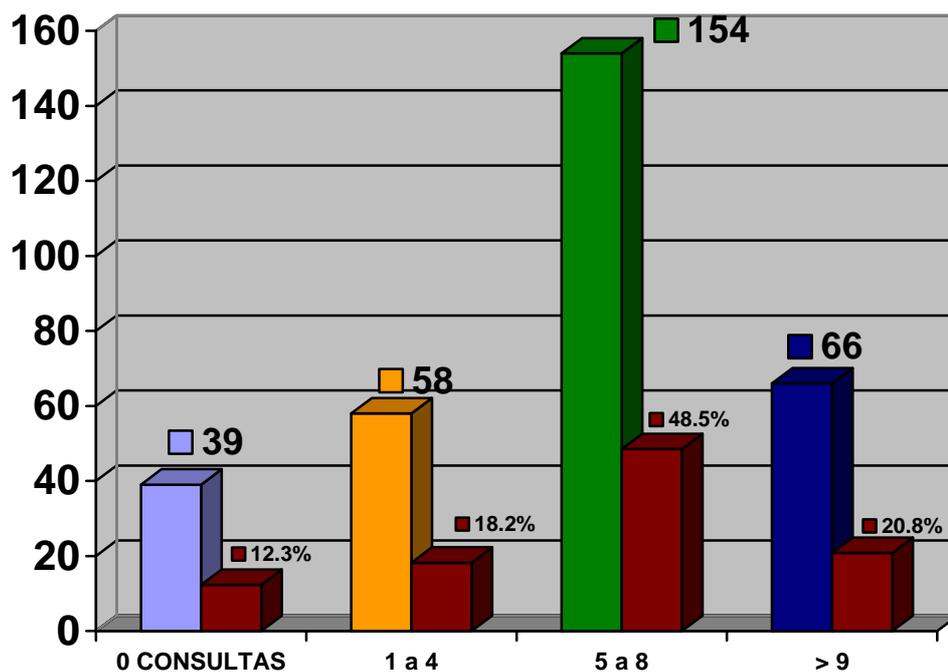
Número de embarazos por paciente en el año 2005



Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Grafico VIII

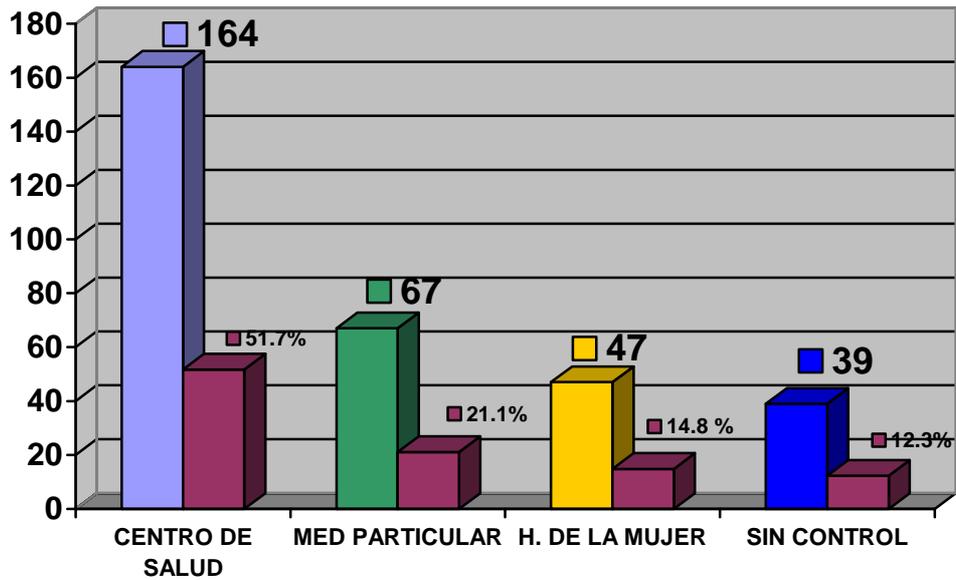
Número de consultas prenatales por paciente en el año 2005



Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Grafico IX

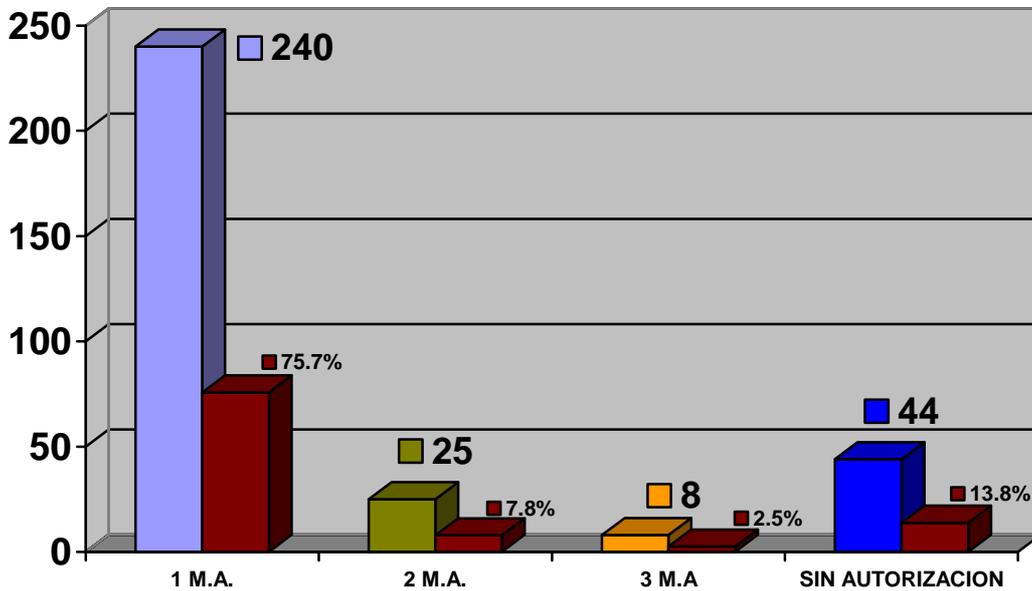
Control prenatal en el año 2005



Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Grafico XI

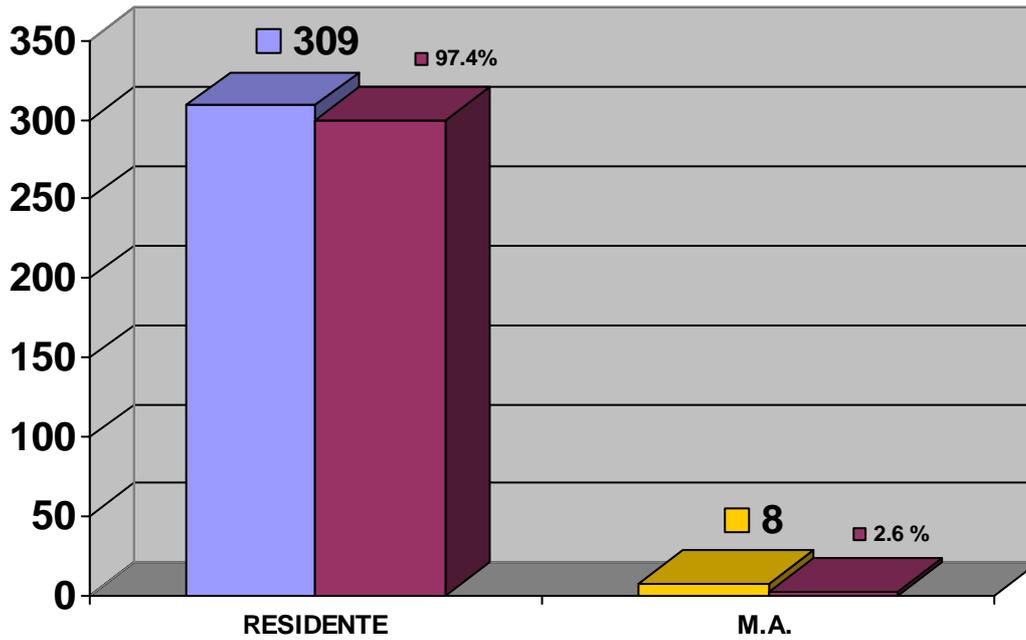
Autorización médica para realizar cesárea en el 2005



Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Grafico XII

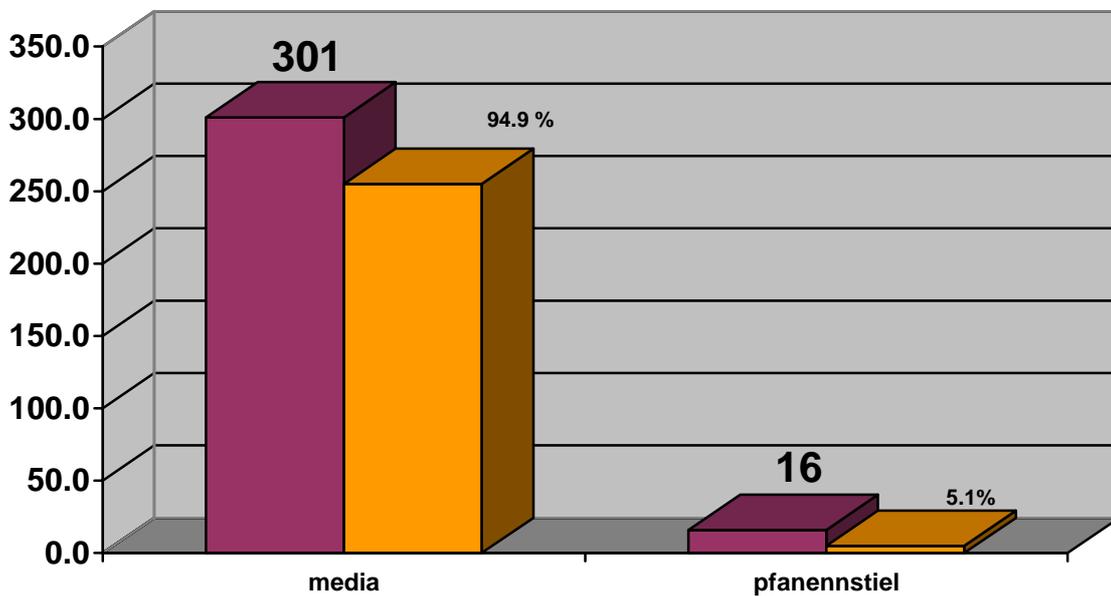
Cirujano en el 2005.



Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Grafico XIII

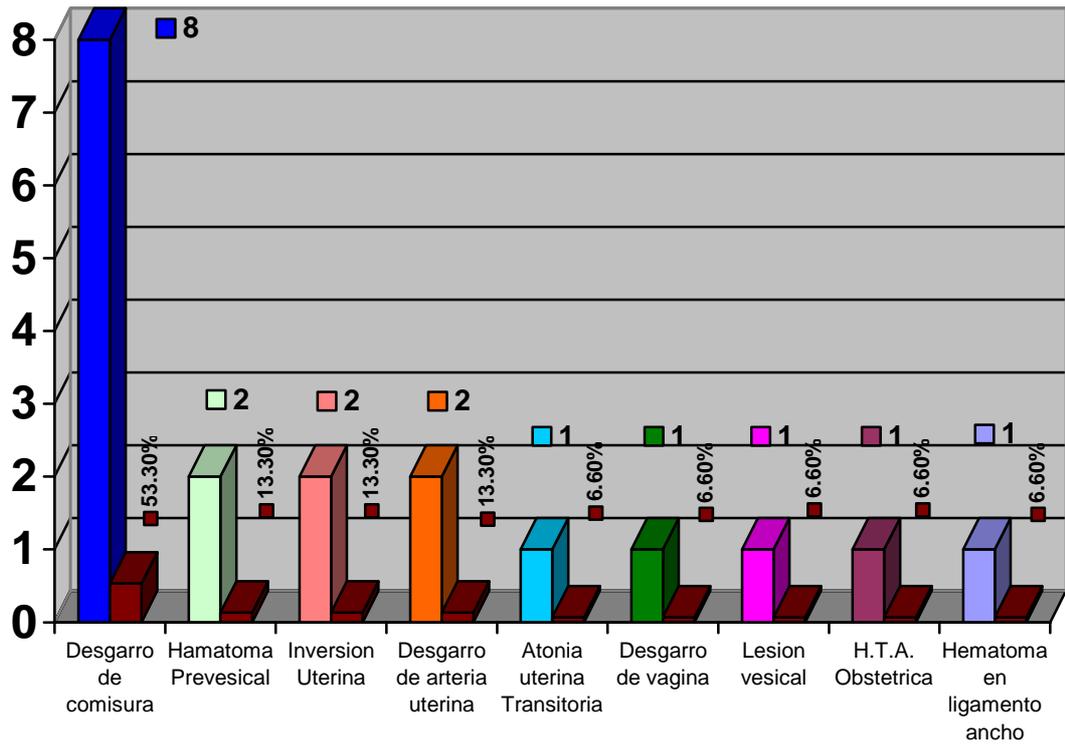
Tipo de incisión en pared abdominal en operación cesárea en el 2005



Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

Grafico XIV

Morbilidad materna en el año 2005



Fuente: Archivo del Hospital de la Mujer

ANALISIS DE RESULTADOS

Analizando y comparando la incidencia de cesárea en el año de 1995 (37.5 %) en relación a la del 2005 (40.36 %), observamos un incremento lejano a la incidencia esperada (10 – 15 %) como en algunos países europeos.

En cuanto a las indicaciones de la operación cesárea, encontramos como principales indicaciones para el año de 1995, 1ra; cesárea iterativa 28.70% (n=91), 2da; Sufrimiento fetal 22.08% (n=70), 3ra; D.C.P.19.87% (n=63), 4ta; Presentación pélvica 11.35% (n=36), 5ta; Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo 6.30% (n=20), 6ta; Embarazo gemelar 1.57% (n=5) y para el año 2005 la 1ra; Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo 14.51% (n=46), 2da; Sufrimiento fetal agudo 14.19% (n=45), 3ra; D.C.P. 8.20% (n=26), 4ta; Oligohidramnios 7.88% (n=25), 5ta; cesárea iterativa 7.25% (n=23), 6ta; Situación fetal anormal 6.94% (n=22).

Como se puede observar la cesárea iterativa de ser la 1ra indicación (28.70%) en 1995 para el 2005 ocupó la 5ta indicación de cesárea (7.25%), por otra parte la Enfermedad hipertensiva inducida en el embarazo de ser la 5ta causa (6.30%) en 1995 pasó a ser la 1ra causa de cesárea (14.51%) en el 2005, el resto de las indicaciones es similar en ambos grupos.

Respecto a la edad materna, se registró que en 1995 el 23.65% (n=75) de las pacientes corresponde al grupo etario entre 15 y 19 años, 35.64% (n=113) al grupo etario comprendido entre 20 y 24 años y 21.45% (n=68) al grupo de 25 a 29 años. Para el año 2005 el 29.60% (n=94) corresponde al grupo etario de 15 a 19 años, 28.30% (n=90) al grupo comprendido entre los 20 y 24 años y 19.80% (n=63) al grupo de 25 a 29 años. Podemos observar que hay similitud en los grupos etarios en ambos años.

Otras variables que se pudieron medir en el año 2005 fueron; Edad gestacional a la interrupción del embarazo, registrándose 62.70% (n=199) entre las 37 a 40 sdg, 20.10% (n=64) entre las 40.1 a 42 sdg y 15.80% (n=48) en <36.6 sdg.

El número de embarazos por paciente a la interrupción; se registrando en un 42.50% (n=135) con un embarazo, 29.30% (n=93%) con dos, 16.40% (n=52) con tres y 11.60% (n=37) con más de 4 embarazos.

Así mismo, se pudo observar que el 48.50% (n=154) de las pacientes recibieron entre 5 a 8 consultas prenatales, en su mayoría, 51.70% (n=164) acudieron a control prenatal en Centro de Salud. Sin embargo, un porcentaje importante 12.30% (n=39) no acudió a control prenatal. Esto puede ser un factor de el porque un número importante de las pacientes atendidas en nuestra institución lleguen con alguna complicación o patología agregada sin diagnosticar, lo que condiciona un tratamiento urgente y muchas veces culminando en cesárea. Por lo que se considera importante capacitar al personal de primer nivel de atención para realizar control prenatal de calidad, con enfoque de riesgo y detección temprana de signos y síntomas de alarma durante la gestación.

Se pudo observar también, que el 75.70% (n=240) de cesáreas fue autorizada y valorada por un medico adscrito y un porcentaje importante 13.80% (n=44) no lo fueron. Cabe mencionar que los beneficios de contar con una Segunda Opinión en apoyo a la toma de decisiones terapéuticas en diferentes disciplinas médicas ha sido bien documentada, particularmente cuando proviene de un profesional con formación y experiencia similar o equivalente a quien tomo inicialmente la decisión o de un especialista con mayor experiencia y/o jerarquía institucional.

Por otra parte, el 97.40% (n=309) de las cirugías fue realizada por el Médico Residente y el 2.60% (n=8) por el Médico Adscrito. Siendo la incisión media infraumbilical la más frecuente con un 94.90% (n=301) y en el 5.10% (n=16) se realizo incisión Pfannenstiel.

En cuanto a la morbilidad materna se pudo observar que en 1995 las principales fueron; Sepsis Puerperal 45.40% (n=5), Dehiscencia de Herida Quirúrgica 27.10% (n=3), Atonia Uterina Transitoria 18.10% (n=2) y Dehiscencia de Histerorrafia 9.00% (n=1). Para el año 2005 las complicaciones fueron; Desgarro de comisura 53.30% (n=8), Hematoma Prevesical 13.30%

(n=2), Inversión Uterina 13.30% (n=2), Desgarro de Arteria Uterina 13.30% (n=2), Atonia Uterina Transitoria 6.60% (n=1), Desgarro de Vagina 6.60% (n=1), Lesión Vesical 6.60% (n=1), H.T.A. obstetrica 6.60% (n=1) y Hematoma en Ligamento Ancho con 6.60% (n=1).

CONCLUSIONES

Los resultados a simple vista parecen desalentadores por la escasa modificación en los índices de incidencia, observando un incremento de la misma. Podemos decir entonces que la Incidencia aumento un 2.86% en el año 2005 llegando a un 40.36%, en relación a la presentada en 1995 que fue de 37.50%

Son muchos los factores que subyacen al uso excesivo de la cesárea. Por una parte, aquellos asociados a las preferencias o practicas del propio personal de salud o al entrenamiento de este, por la otra, las propias mujeres se convierten en demandantes activas de la cesárea, porque la ausencia de información en torno a las posibles complicaciones favorece el que sea vista como una forma de parto sin dolor.

En cuento a las indicaciones de cesárea, podemos observar que la más frecuente en 1995 fue por cesárea Iterativa 28.70% (n=91) y para el año 2005 la Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo 14.51% (n=46) fue la más frecuente.

La edad materna más frecuente de pacientes intervenidas en 1995 corresponde al grupo etario entre 20 a 24 años.

La edad materna más frecuente de pacientes intervenidas en el 2005 corresponde al grupo etario entre 15 a 19 años.

Los objetivos planteados se pudieron concluir en un 100% en cuento a la comparación de indicaciones, incidencia, grupo de edad y morbilidad materna en los 2 años estudiados. No así, en la comparación de las variables de control ya que no se cuenta con expediente clínico de pacientes estudiadas en el año de 1995.

Podemos concluir que la operación cesárea es una práctica en aumento que genera elevados costos adicionales por una mayor estancia hospitalaria y utilización de insumos, sin que necesariamente refleje mejores condiciones de salud reproductiva para la mujer gestante y su producto. La reducción de los casos innecesarios representa un reto en la gestión de los hospitales.

En países como México en donde la asignación de recursos económicos para la inversión en salud esta limitada la realización de cesáreas innecesarias

representa un dispendio de recursos que podrían utilizarse en mayores coberturas de atención médica y educación en salud de la población materno-infantil.

Si se quiere atacar el problema de fondo es necesario mejorar los niveles de educación en salud a la población usuaria del servicio, prácticas médicas más reflexivas sobre todo en el uso de la tecnología, actualizar los protocolos de manejo de las mujeres embarazadas eficientar su supervisión.

En la decisión de una operación cesárea no deben participar incentivos de tipo económico o criterios basados en la medicina defensiva, como tampoco consideraciones de tipo economicista que defienden al parto vaginal solo por representar un ahorro económico, que por respetables que sean a nivel de la asignación de recursos, no pueden participar en la decisión del médico por encima del criterio de salud para sus pacientes, ni tampoco por sobre la autonomía de la madre.

BIBLIOGRAFIA

1. Howard Minkoff, MD, Ethical Dimensions of Elective Primary Cesarean Delivery. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Vol. 103, No. 2, February 2004.
2. Miguel Lugones Botell, La cesárea en la historia, Rev Cubana Obstet Ginecol, vol. 27 n.1, ene-abr. 2001
3. Juan Aller, José Moreno-Izturiz, Obstetricia Moderna,
4. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea, Cuaderno de historia No. 84, 1998.
5. Luís Alberto Villanueva E. Operación Cesárea: una perspectiva integral. Rev. Fac. Med. UNAM Vol. 47 No.6 Nov-Dic 2004.
6. Comisión de Arbitraje Medico del Estado de Veracruz, Lineamiento Técnico para la Indicación y Practica de la Operación Cesárea,
7. TorilKolas, MD, Dag Hofoss, PhD, Anne K. Daltveit, PhD. Indications for cesarean deliveries in Norway. Am J Obstet Gynecol 2003; 188:864-70.
8. S. Katherine Laughon, MS, Honor M. Wolfe, MD, and Anthony G. Visco, MD, prior Cesarean and the Risk for Placenta Previa on Second – Trimester Ultrasonography. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Vol. 105, No 5. PART 1, MAY 2005.
9. Mauricio Besio R. Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. Rev. Med. Chile v. 127 n. 9 Santiago set. 1999.
10. Julie Grinstead , MD, and William A. Grobman, MD, MBA. Induction of Labor After One Prior Cesarean: Predictors of Vaginal Delivery. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Vol. 103, No. 3, MARCH 2004.
11. Ignacio Lee Santos, Operación cesárea; estudio de causas y tendencias en un hospital de Segundo nivel. Rev. Med. IMSS 2004; 42 (3): 199-204.
12. José Narro Robles, Juan Carlos Hernández Toron. Frecuencia de cesárea en cuatro hospitales del Distrito Federal; 20 años después. Rev. Ginecol Obstet Méx., Volumen 73, Num. 6, junio, 2005.

13. Rosario Cárdenas. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso médicamente justificado. *Gac Med Méx.* Vol. 138 No. 4, 2002.
14. Víctor Esquivel Estrada. Implante de endometriosis en cicatriz de operación cesárea. *Rev Cir Ciruj.* Volumen 72, No. 2, marzo-abril 2004.
15. Joanne N. Quiñónez, MD. Dense N. James, MD. Tromboprophylaxis Alter Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 106, No. 4, October 2005
16. Alberto Chávez M. Parto Vaginal en antecedentes de una cesárea previa. *Rev. Fac. Med. UNAM*, Vol. 46, No. 1, enero-febrero 2003.
17. Lara J. Burrows, MD, Leslie A. Meyn, MS. Maternal Morbidity Associated UIT Vaginal Versus Cesarean Delivery. *The American College of Obstetricians and Gynecologists.* Vol. 103, No. 5, PART 1, MAY 2004.
18. Corri Black, MB, James A. Kaye. Cesarean Delivery in the United Kingdom. *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 106, No. 1, July 2005.
19. PAC G y O
20. Rosario Cárdenas. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. *Gaceta Medica Méx.* Vol. 138 (4):357-366, 2002.
21. Eliodoro Crespo Ruiz. Manejo activo del trabajo de parto con índice de cesárea de 6.4 % y muy buenos resultados maternos-fetales. *Ginecol Obstet Méx.* 2002; Vol. 70 (11): 551-557.
22. Cabezas GE y Cols. Comportamiento de la cesárea en la SSA durante 1990 – 1995, *Ginecología Obstetricia México*, 1998; 66:335.
23. Belitzky R, Thevening F, Marinho E, Tenzer. El nacimiento por cesarean en instituciones latinoamericanas aproximación de un diagnostico de situación, 1998.
24. Stafford RS, Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. *JAMA* 1990; 263: 683 – 7.
25. Flamm BC; Berwick DM, Kebcenell A, Seducing cesarean section rates safely; lesson from a breakthrough series collaborative. *Birth* 1998; 25:117.