

11226
2ej
168

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA III TIJUANA

Victor Manuel Luna Viramontes

TESIS PARA OBTENER EL POSTGRADO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

HOSPITAL GENERAL ZONA III
CON U.M.F. No. 20

Tijuana, Baja California

Febrero 1985

COPIA CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

1.	Introducción.....	1
2.	Antecedentes Científicos.....	2
3.	Justificación.....	2
4.	Material y Métodos.....	3
5.	Resultados.....	3
	5.1 Edad de la Paciente.	
	5.2 Gestaciones.	
	5.3 Cesárea.	
	5.4 Indicación de la Cesárea.	
	5.5 Morbilidad.	
	- Quirúrgica Transoperatorias.	
	- Infecciosas.	
	- Postoperatorias no Infecciosas.	
6.	Comentarios.....	10
	6.1 En relación a la edad y número de gestas.	
	6.2 La DCP como indicación más frecuente.	
	6.3 La presentación pélvica.	
	6.4 El sufrimiento fetal.	
	6.5 La tasa de morbilidad como resultado.	
	6.6 El tiempo quirúrgico promedio.	
	6.7 El método anestésico.	
	6.8 Salpingoclasia.	
7.	Conclusiones.....	13
8.	Bibliografía.....	14

LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA No. III TIJUANA

1. INTRODUCCION.

La operación cesárea ha sido tema de múltiples autores, a través de la historia, refiriéndose a ella en leyendas, mitos, estudios científicos y tradiciones, habiendo sido sus indicaciones muy variadas de acuerdo a la evolución de la Obstetricia misma.

Inicialmente la operación cesárea se practicaba post mortem materna con objeto de salvar la vida del producto. Fue hasta el año de 1500 cuando se registra en Europa la primera operación cesárea con éxito en una mujer viva, obteniéndose un producto que vivió 77 años, entre esta fecha y 1876 se registra una división artificial en la evolución de esta intervención debido a que corresponde probablemente a que en este último año se practicó en Italia la ya famosa operación de Porro que consistió en una cesárea histerectomía en que vivieron madre y producto después de un postoperatorio marcadamente tórpido.

A partir de entonces se popularizó esta operación fundiéndose y tratándose de perfeccionar por todo el mundo, habiéndose intentado diferentes modificaciones y procurando mejorar las técnicas anestésicas y quirúrgicas.

En México muy probablemente la primera operación cesárea practicada con éxito se realizó el año de 1850 en el hoy Hospital Juárez, en donde hijo y madre vivieron a pesar de una peritonitis materna postoperatoria.

A partir de estos hechos la evolución de esta intervención ha sido apoyada progresivamente por nuevos recursos anestésico-quirúrgicos y aquella mortalidad materna de 100% debida a esta operación se ha reducido -marcadamente, considerándose muy baja en la actualidad, sin embargo, inversamente se presenta un ascenso importante en su morbilidad (17).

2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Las indicaciones de la operación cesárea han sido -- múltiples ya sea por parte de la madre o del feto, inicialmente la principal indicación se concretó a la desproporción cefalopélvica y a medida que se fueron obteniendo mejores resultados las indicaciones se ampliaron y en la actualidad según diferentes series ha alcanzado hasta un 50% en embarazos de alto riesgo (3, 10, 18, 20). En diversos estudios se ha reportado una frecuencia que va del 17.8% al 50%, condicionadas por diferentes patologías bien documentadas reportándose una morbilidad hasta de un 60% y en estudios dirigidos hasta de un 95% (7, 12). Las complicaciones reportadas son de diferente índole y aunque se han abatido -- con el mejoramiento de las distintas técnicas quirúrgicas, selección adecuada de los medicamentos anestésicos, y el uso profiláctico de los antibióticos, continúa presentándose como principal causa la infección de la herida quirúrgica y la endometritis, interviniendo factores de diferentes tipos de acuerdo a la población estudiada.

3. JUSTIFICACION.

Considerando los antecedentes mencionados, y el incremento aparente de esta intervención quirúrgica en nuestro Hospital, la repercusión en el núcleo familiar por el mayor tiempo de estancia hospitalaria en pacientes sujetas a esta intervención y a sus probables complicaciones inherentes a la cirugía, se desidió efectu

ar el presente estudio, constando el trabajo de cuatro secciones: Material y Métodos, Resultados, Comentarios y Conclusiones.

4. MATERIAL Y METODOS.

Durante el año de 1983, hubo en este Hospital un total de 5 153 nacimientos, de ellos, 3 092 (75.72%) fueron partos eutócicos, 1 039 (20.16%) cesáreas y el resto 212 (4.11%) partos distócicos (Figura 1).

Este trabajo es un estudio retrospectivo que analiza la incidencia de la operación cesárea durante el año de 1983 en el Hospital General de Zona No. III, sus causas y complicaciones, para lo cual se tomó una muestra de 91.22 casos de cesáreas con un ajuste a 100, utilizando una desviación estándar de 2S (95.5%) de certeza con un margen de error de 10% con la siguiente fórmula $m = \frac{1\ 093}{1 + 1\ 093 \times (0.1)^2}$ dándonos así una mues-

tra de 91.22 casos a analizar, que para fines prácticos se ajustó a cien. Para tal objeto y partiendo de la agenda de la Jefatura de Ginecología y Obstetricia se procedió a localizar los expedientes, habiendo elegido tomar uno de cada 10, con el objeto de que la muestra fuera representativa de la población estudiada.

5. RESULTADOS.

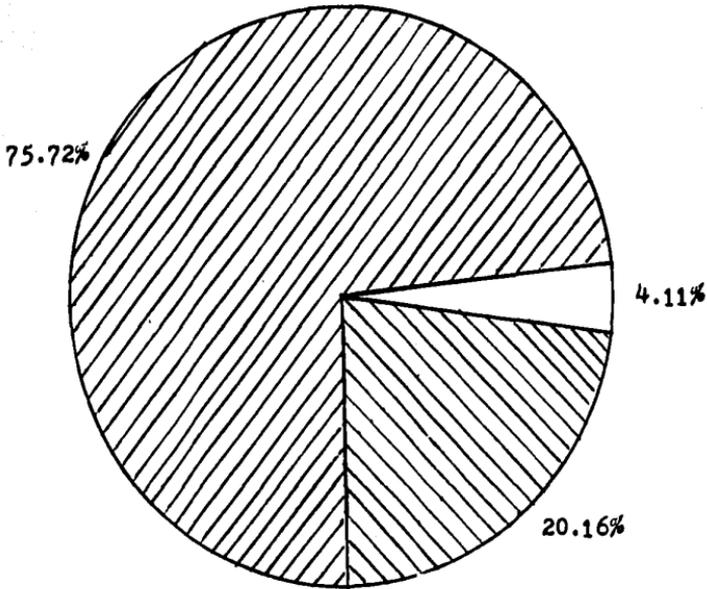
5.1 Edad de la paciente: La edad presentó un rango de 28 años, comprendiendo de 15 a 40 años.

El grupo de adolescentes fué de 7% y de adultos de un 93%, estando en el grupo pacientes entre los 18 y 30 años el 70% y en el de 30 a 40 el restante 23%, como se demuestra en la siguiente tabla.

LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA No. III TIJUANA

FIGURA 1

TOTAL DE NACIMIENTOS



-  Partos Eutócicos.
-  Cesáreas.
-  Partos Distócicos.

CESAREAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA III TIJUANA

EDAD DE LA PACIENTE

TABLA I

Años	Casos %
15-17	7
18-25	47
26-30	23
31-35	17
36-40	6

5.2. Gestaciones: En la serie se presentan 35% casos de primigestas, 28% secundigestas, 30% multiparas, y sólo 7% grandes multiparas, como se anota en la siguiente tabla.

CESAREAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA III TIJUANA

GESTACIONES

TABLA II

Gesta	Casos %
I	35
II	28
III-V	30
VI o más	7

5.3. Cesárea: El antecedente de cesárea anterior se encontró en 25 casos que se muestran en la siguiente tabla.

CESAREAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA III TIJUANA

CESAREA PREVIA

TABLA III

Cesáreas previas	Casos %
I	15
II	9
III	3

- 5.4. Indicación de la Cesárea: Esta estuvo representada por la siguiente lista en orden de frecuencia como se anota en la tabla No. IV

CESAREAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA III TIJUANA

INDICACIONES MATERNAS Y FETALES POR FRECUENCIA
TABLA IV

INDICACION	CASOS %
1. DCP.	48
2. Presentación Pélvica.	17
3. Sufrimiento Fetal Agudo.	11
4. Trabajo de Parto Prolongado.	8
5. Placenta Previa.	4
6. Embarazo Múltiple.	3
7. Preclampsia.	2
8. Macrosomía.	1
9. Producto Valioso.	1
10. O.P. Persistente.	1
11. Polisistolia.	1
12. Asimetría Pélvica.	1
13. DPPNI.	1
14. Transverso.	1
Total.	100

5.5. Morbilidad: Hubo 25 pacientes cuyos casos presentaron complicaciones y en la siguiente tabla se dividen las complicaciones en:

- Transoperatorias. (Tabla V).
- Infecciosas. (Tabla VI)
- Postoperatorias no infecciosas. (Tabla VII)

CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA III TIJUANA

MORBILIDAD QUIRURGICA TRANSOPERATORIAS

TABLA V

Causas Quirúrgicas	Casos %
Desgarro de histerotomía.	4
Hemorragia transoperatoria anormal.	3
Punción de Dura Madre	2
Antonía Uterina.	1
Perforación de vejiga.	1
Hipotensión supina.	1
Total	12

CESAREAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA III TIJUANA

MORBILIDAD INFECCIOSAS

TABLA VI

Causas Infecciosas	Casos %
Deciduomietritis	5
Abceso de Herida Quirúrgica.	2
Pelviperitonitis.	1
Deciduitis.	1
Total.	9

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CESAREAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA III TIJUANA

MORBILIDAD POSTOPERATORIAS NO INFECCIOSAS

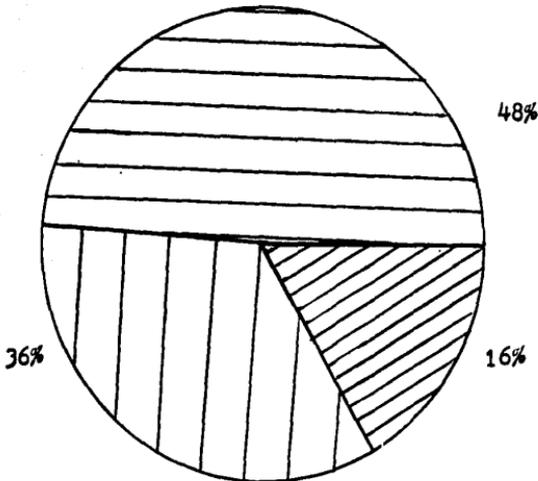
TABLA VII

Causas postoperatorias	casos	%
Hipotonía Uterina.	2	
Retención de Tejido Placentario.	2	
Total.	4	

CESAREAS EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA III TIJUANA

MORBILIDAD

FIGURA 2



Morbilidad Quirúrgica Transoperatoria.



Morbilidad Infecciosa.



Morbilidad Postoperatoria no Infecciosa.

6. COMENTARIOS.

En nuestro País, la Operación cesárea tuvo un incremento muy notorio en su realización durante las décadas de 1950 a 1970, su frecuencia se elevó de 1.7 al 7%. En un estudio realizado en cuatro Hospitales del Distrito Federal, acerca de la incidencia de la operación cesárea, durante el período de 1976 a 1983 hubo un total de 17.89% de embarazos terminados por vía abdominal. La incidencia de la operación cesárea presentó aumento del 30.98% en relación a la incidencia observada en 1976 (14), hecho que hace pensar que de seguir esta tendencia a finales de siglo, más de la mitad de los embarazos teóricamente se interrumpirán por vía abdominal (13).

Con respecto al método utilizado para el análisis de este trabajo, se tomaron expedientes para la extracción de datos del archivo de consulta externa de medicina familiar por lo que fué imposible detectar muerte materna secundaria a la operación cesárea, a diferencia de lo reportado en otras series (4, 12, 13, 16, - 18).

6.1 En relación a la edad y número de gestas es importante hacer algunas observaciones:

Nuestra pirámide poblacional presenta un porcentaje muy alto de mujeres en edad reproductiva y nuestros resultados son reflejo de ella. En nuestro Hospital el rango de edad fluctúa entre 15 y 40 años, con un máximo de incidencia del 70% de mujeres de 18 a 30 años, siendo el mayor porcentaje -- primigestas (35%) hecho que coincide con las series revisadas (3, 13, 20).

6.2 Encontramos que la DCP es la causa más frecuente en la indicación de cesárea en nuestra serie, (48%) en relación a otros estudios, en que fluctúa de -- 24% (3) a 57% (13).

En el presente trabajo, el antecedente de cesárea, se encontró en el 27%, haciendo notar que en nuestro Hospital se permite el parto postcesárea si reúne los requisitos necesarios (2, 5, 9, 19).

- 6.3 La presentación pélvica en sus diferentes variedades fué la segunda causa de indicación de operación cesárea al igual que en otras series (3, 13, 18).

En relación a este punto en nuestro Hospital la presentación pélvica es indicación prácticamente absoluta de cesárea.

- 6.4 El sufrimiento fetal se detectó como la tercera causa de indicación de cesárea, haciendo la aclaración que el diagnóstico de sufrimiento fetal en nuestro Hospital es puramente clínico sin apoyo de métodos bioelectrónicos.

El resto de las indicaciones conforman el 24% como se indica en la Tabla IV.

- 6.5 La tasa de morbilidad global fué de 25% y de ellas las transoperatorias ocuparon un 48% inversamente a las reportadas en otros estudios (7, 8, 12, 13, 18), en que las complicaciones infecciosas ocuparon el primer lugar. A este respecto en nuestro trabajo estas últimas se encontraron en segundo lugar (36%).

La morbilidad postoperatoria no infecciosa se registró en un 16%.

La infección de vías urinarias en otras series se menciona dentro de las primeras causas de morbilidad infecciosa sin embargo en nuestro estudio no se encontró ningún caso, probablemente por no ser detecta

das ya que muy pocas pacientes en nuestro Hospital - son citadas a la consulta externa de Ginecología para control postoperatorio además de el uso tan difundido de antibióticos en esta cirugía específicamente (7, 8, 12, 13, 18).

- 6.6 El tiempo quirúrgico promedio fué de 66 minutos, exceptuando 2 casos en que se practicó cesárea histerectomía.
- 6.7 En el 96% de los casos se utilizó el bloqueo peridural como método anestésico, en 2 casos se complementó con anestesia general y en 4 casos se usó anestesia general.
- 6.8 El programa de planificación familiar fué considerado rutinariamente habiéndose realizado 16 salpingo-clasias transcesáreas, mientras que otras series reportan cifras de 12-18% (3, 13, 18).

7. CONCLUSIONES.

En nuestro Hospital, a diferencia de lo que se ha su puesto empíricamente, no hay una alta frecuencia de cesárea. Comparándola con cifras nacionales e internacionales de diferentes series, estamos dentro del rango del 17 al 40% a pesar de que nuestro Hospital es de segundo nivel y no existe una concentración y selección de pacientes de alto riesgo.

Las principales indicaciones de operaciones cesárea en nuestro Hospital son prácticamente las mismas que en cualquier otro similar, con ligeras variantes principalmente a lo que se refiere a DCP en que el diagnóstico es básicamente clínico e interviene la subjetividad y experiencia del explorador.

En relación a la morbilidad en nuestro Hospital en la operación cesárea, globalmente, se determinó en un 25% sin haber selección de pacientes de riesgo elevado de complicaciones.

Existe una variación muy amplia de acuerdo al tipo de población estudiada según los datos obtenidos en otras series, nuestros resultados son similares en forma global sin embargo se advierte una inversión en cuanto al tipo de complicación, ya que nuestra mayor morbilidad fué la referida en el acto quirúrgico y no la infecciosa como podría esperarse.

Finalmente debe mencionarse que nuestro propósito es disminuir las complicaciones inherentes a la operación cesárea, esto se logrará en la medida en que se efectúe un adecuado control prenatal, se mejore la vigilancia transparto, se manejen técnicas asépticas y anestésicas adecuadas, así como un óptimo cuidado post operatorio.

8. BIBLIOGRAFIA.

1. BRUCE LF. et al. Vagynal delivery Following Cesa rean section: Use of oxcitocin augmentation and epidural anesthesia with internal tocodynamic -- and internal Fetal monitoring. Am J Obstet Gyne col, 1984 148:759.
2. CASE BC, JEFFCOATE N, Cesarean section and its - place in modern obstetric practice, J Obstet Gyne col Br Commonw, 1981 78:203
3. EVARD RJ. Operación Cesárea: Valoración Contempó ránea, J Reprod. Med. 1980 24:147
4. FRIGOLETTO FD Jr. MD, et al. Maternal mortality rate associated with cesarean section: An Appra isal. Am J Obstet Gynecol, 1980 136:969.
5. GIBBS CE. Paned vagynal delivery following Cesa rea section. Clinic Obstet Gynecol, 1980 23:507.
6. GIBBS RS. A double -blind, randomized comparison clindamycin-Gentamicin versus cefamandole for -- tratment of post-cesarean section endomyometri-- tis. Am J Obstet Gynecol, 1982 144:261
7. GILSTRAR LC III. MD, et al. The Bacterial Patho genesis of infection Following cesarean section. Obstet Gynecol, 1979 53:545.
8. ITZKOVITZ J, et al. The efect of prophylactic an tibiotics on febril morbidity following cesarean section. Obstet Gynecol, 1979 53:365.

9. JOSEPH S. MD. et al, Cesarean Delivery in Nulliparus woman for failed oxcitacin-augmented, Labor: Rout of Delivery in subsecuent pregnancy. Am J - Obstet Gynecol, 1982 143:393.
10. KASER O, et al, Ginecología y Obstetricia. Barcelona España: Salvat Editores, 1979 668-1002.
11. LAVIN JP, STEPHENS RJ, MODOVINIK. Vagynal delivery in patients with priori cesarean section, - Obstet Gynecol , 1982 9:135.
12. LEDGER WJ. Tratamiento de la morbilidad por Operación Cesárea después del parto. US: Interamericana, 1980 12:633.
13. LOPEZ OE, Magloire MM, Garay SE. La Operación - Cesárea en el Hospital de Gineco Obstetricia Ja. del I.M.S.S. Gineco Obstet Méx 1983; Vol 51: 315-320.
14. NARRO R JR, CAMUS GR, DELIENS DC, GUTIERREZ P. _ Tendencia de los embarazos terminados por cesárea en el Distrito Federal. Salud Pública Méx - 1984 26:381-388.
15. O'DRISCOLL K, FOLEY M. Correlation of decres in perinatal mortality and increas in cesarean section. Am J Obstet Gynecol, 1983 61:1.
16. RUBIN GL, et al. Maternal death after cesarean - Section in Georgia. Am J Obstet Gynecol, 1981 - 139:681.

17. RUIZ VELASCO, V. La Operación Césarea. México, -
D.F.; Prensa Médica Mexicana, 1971 35-416.
18. RODRIGUEZ RS, SANGINES MA, MIRANDA AO, y cols. -
Cesárea de Repetición. Gineco Obstet Méx 1982 --
Vol 50:153-156.
19. ROSEN MG. National Institutes of Health consensus
Development. Statement on cesarean child birth,-
Obstet Gynecol, 1981 57:537.
20. SIDNEY F BO HOMS. Aumento de la tasa de Operación
Cesárea. N. Engl J Med 1980 302:599.