

11226
29.145
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

**La Incidencia y Prevalencia de la Operación
Cesarea en el H.G.Z. III No. 20 I.M.S.S.
Tijuana, B.C.N.**

TESIS DE POSTGRADO

Para obtener el título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Presenta

Dr. Antonio J.D. Olvera Flores

HOSPITAL GENERAL DE ZONA III C-20

FALLA DE ORIGEN

TIJUANA, B.C.

FEBRERO DE 1986



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

- I.- DATOS HISTORICOS
 - a) Etimología
 - b) Antecedentes
- II.- INTRODUCCION
- III.- OBJETIVO
- IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLAMA
- V.- HIPOTESIS
 - a) Verdadera
 - b) Falsa
- VI.- MATERIAL Y METODO
- VII.- RESULTADOS
 - 1. Con relación a la cirugía
 - a) Incidencia de la operación
 - b) Indicaciones de la cesárea
 - c) Operación efectuada
 - d) Anestesia administrada
 - e) Complicaciones transoperatorias
 - f) Complicaciones postoperatorias
 - g) Diagnóstico postoperatorio y hallazgos
 - h) Días de estancia hospitalaria
 - 2. Con relacion a la paciente
 - a) Edad
 - b) Número de gestaciones
 - c) Paridad
 - d) Cesáreas previas
 - e) Edad gestacional

3. Con relación al producto

a) Morbilidad

b) Mortalidad

c) Malformaciones

VIII.- COMENTARIO

IX.- CONCLUSIONES

X.- BIBLIOGRAFIA

" Al llevar a cabo una operación cesárea, se debe asumir el hecho de que el objetivo de la misma va encaminado a salvaguardar la salud materna, lograr la vida y evolución posterior satisfactoria del producto y dejar un útero en buenas condiciones anatómicas y funcionales, y que no afecte el futuro obstétrico de esa madre"

L A O P E R A C I O N C E S A R E A

DATOS HISTORICOS:

Etimología: La etimología de la palabra cesárea ha sido objeto de errores y controversias; así pues se les llamaba Caesones o Caesares a los niños nacidos mediante un corte a través de la pared abdominal, esta palabra deriva del vocablo o verbo latino CAEDERE, que significa cortar, pero esto ocurrió incluso antes del nacimiento de Julio César, ya que anteriormente se tenía la idea de que la palabra cesárea era usada porque Julio César había nacido mediante esta operación, aunque este hecho no es --- creible porque una operación cesárea en ese tiempo en una mujer viva tenía consecuencias mortales.(9)

Antecedentes: La operación cesárea se conoce desde ha ce mucho tiempo, practicandose al principio unicamente en mujeres ya fallecidas; asi mismo se encuentran referen--- cias de ella en el papiro egipcio de Kahum que data aproximadamente del año 2160 A. de C.. Posteriormente en el año 1250 D.de C. se vuelve a hablar del hecho, señalando se que Paulo, obispo de Mérida (España), que había sido --- médico, realizó una operación cesárea a la esposa de un senador, extreyendo un feto muerto y ya putrefacto. Otra fecha importante en el desarrollo de la operación cesárea, la marca la histórica operación de Porro, realizada el 21 de Mayo de 1876.(9)

La evolución de esta operación ha seguido hasta nues- tros días, practicandose esporádicamente en los finales -

del siglo pasado e inicios de este, fué aumentando poco a poco hasta caer en el extremo peligroso del abuso, problema que ya desde hace 35 años preocupó a autores como Cosgrove, quién ponía en guardia a aquellos obstetras e instituciones que sobrepasaran el 4% de frecuencia, puesto que existían sitios como el Cedars Lebanon Hospital de -- Los Angeles, en el que Harris informaba que en 1950, la frecuencia de cesárea ya sobrepasaba el 10%. (9)

Así mismo la frecuencia de operación cesárea en el -- Parkland Memorial Hospital ha aumentado notablemente durante la década de 1964 a 1975, ya que fué de 4.38% en -- 1964, hasta 13% en 1975, siendo diversas las causas pero principalmente la DGP. (20)

Otros estudios revelan casuísticas similares, pero -- con la tendencia hacia el aumento, donde se predice que -- casi la totalidad de los embarazos a final del siglo se -- resolverán por vía abdominal. (9) (20)

La historia de la operación cesárea en nuestro país -- ha seguido una secuencia similar a la que tuvo lugar en -- Europa a partir del renacimiento. No existen datos verídicos acerca de la practica de la operación cesárea entre -- los pobladores de nuestro país, antes del descubrimiento de America. La primera operación cesárea que se efectuó -- en el Nuevo Mundo y de la que se tiene referencia, tuvo -- lugar en México, según consta en la Gaceta de México, correspondiente al 29 de Mayo de 1779 (Tomo IX). (9)

La misma Gaceta de México en el año de 1795, da otra -- noticia de una operación cesárea postmortem en el Tomo -- VII No. 35. (9)

En relación a la primera operación cesárea indicada, hecha en mujer viva en nuestro país y en Estados Unidos, se trate de una cesárea realizada en la ciudad de Monterrey N.L., en una mujer con exostosis del sacro y a cuyo feto se le había practicado fetotomía (craneotomía), sin poder extraerlo, se relata que la operación fué un éxito, con evolución posterior satisfactoria de la madre. (9)

La evolución posterior en nuestro país de la operación cesárea ha seguido pasos similares que en otros sitios, ya que de practicarse esporádicamente a fines del siglo pasado y principios de éste, fué aumentando poco a poco y así, desde el informe de Alfaro de la Vega hecho en 1952 que comprendía 15 años de estudio, de 1936 a 1950, en el Hospital General de la Ciudad de México y que informaba una frecuencia de tan solo el 0.86%, pasando por el 1.3% señalado por Marvan, el 1.7% recopilado por Icaza de 1947 a 1960, el 2.3% de Castelazo Ayala, de 1948 a 1956 - un 3.4%, y el 4.5% de Karchmer en 1963, hasta el 7% de Ruiz Velazco en 1969.(1)(3)(9)(18)

Otra casuística más reciente realizada de 1979 a 1981 en el Hospital de Gineco obstetricia 3A del IMSS, reporta un 11.25%, las cinco indicaciones más frecuentes fueron - desproporción cefalopélvica, presentación pélvica, ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal agudo y cesárea anterior. (8)

I N T R O D U C C I O N

La operación cesárea es una intervención que cada día va incrementando su aplicación para la resolución de los embarazos, debido a los adelantos actuales en la cirugía, en los recursos técnicos, humanos y materiales hacen de ella una operación confiable hasta cierto punto, evitando complicaciones posteriores tanto a la madre como al producto, que si se deja evolucionar el parto de una manera espontánea, cuando existen datos de contraindicación por vía vaginal.

Los adelantos modernos en la medicina, la depuración de las técnicas, la asepsia y la antisepsia y el advenimiento de los antibióticos hacen en la actualidad que la operación cesárea sea una intervención con muchas posibilidades de éxito; lejos está aquella intervención que realizó Porro en el siglo pasado a una mujer embarazada con estrechez pélvica, sin contar aun con la anestesia, ni mé todos adecuados de asepsia y antisepsia y de la cual la paciente si sobrevivió.

La operación sin embargo, tardó en ser aceptada, por las complicaciones en el postoperatorio que presentaban las pacientes sometidas a esta cirugía, y así se hicieron escuelas que la atacaban y no la aceptaban y otras que la aceptaron y mejoraron su técnica. Las indicaciones de la cesárea durante muchos años fueron muy reducidas. De parte del producto el volumen excesivo, las monstruosidades y las presentaciones viciosas; y por parte de la madre, el estrechamiento de la vía del parto por causa ósea o de partes blandas; madre adolescente o bien la edad avanzada.

Practicamente la indicación estuvo limitada casi exclusivamente a la desproporción cefalopélvica hasta el siglo XVIII. A medida que los resultados fueron mejorando, - paralelamente las indicaciones fueron aumentando y la fue ron haciendo más frecuente, al grado de que muchos partos que anteriormente se resolvían por vía vaginal con la ayuda de fórceps (sobre todo medios y altos), en la actualidad se prefiere intervenir a las pacientes, ya que esto ocasiona menos trauma tanto a ellas como a los productos.

Es por esto que en las Instituciones de Salud se ha incrementado el uso de la cesárea para la resolución de partos distócicos; lo mismo ocurre en el sector privado - donde muchas veces con fines de lucro se abusa de este medio, operando pacientes en las que se podía resolver su parto en forma normal.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es determinar la incidencia - y sus principales causas de la operación cesárea en el -- H.G.Z. III No. 20 del I.M.S.S. de Tijuana B.C.N.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha notado un incremento de la operación cesárea en nuestro hospital, desconociéndose el motivo por el cual se lleva a cabo dicho acto quirúrgico, el presente estudio pretende conocer la casuística y el diagnóstico de esta operación realizada en la unidad.

HIPOTESIS

1) Verdadera

En los últimos años se ha visto un incremento en el número de operaciones cesáreas realizadas en la unidad.

2) Falsa

La incidencia de la operación cesárea en nuestra uni--dad no ha variado.

MATERIAL Y METODO

Durante el año de 1985 se atendieron en la unidad un total de 6234 pacientes embarazadas, de las cuales 4926 -- su embarazo se resolvió por parto normal (79.1%), sin -- complicaciones; 129 fueron partos distócicos (2.1%), y -- 1179 fueron cesáreas (18.8%). (Fig 1)

El estudio se realizó en dos meses escogidos al azar, (Junio y Julio). Se estudiaron los expedientes clínicos -- de las pacientes que se les había sometido a operación ce -- sárea y para lo cual se tomaron en cuenta las siguientes -- variables: Con relación a la cirugía; incidencia, indica -- ciones, anestesia administrada, complicaciones transopera -- torias y postoperatorias, el diagnóstico postoperatorio y los hallazgos, los días de estancia hospitalaria. Con re -- lación a la paciente; la edad, el número de gestaciones, -- las semanas de gestación y las cesáreas previas. Con rela -- ción al producto; el peso, la morbilidad, la mortalidad y las malformaciones; esto efectuado durante la estancia -- hospitalaria del binomio.

RESULTADOS

1) Con relación a la cirugía

a.- Incidencia de la operación:

Los resultados en los meses estudiados fueron los si -- guientes:

INCIDENCIA DE LA OPERACION
CESAREA

H.G.Z. III NO. 20

TIJUANA B. C. N.

TOTAL DE NACIMIENTOS

1985

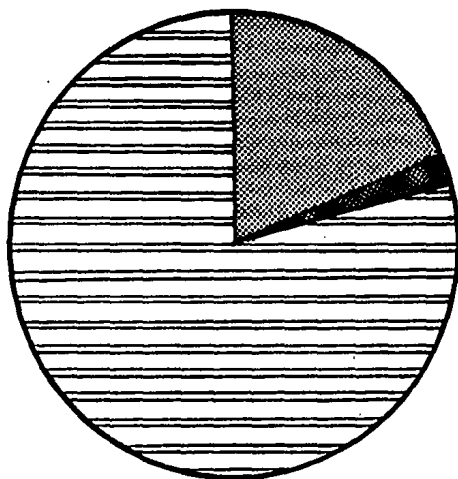





Fig. 1

	Partos eutócicos	79.1%
	Cesáreas	18.8%
	Partos distócicos	2.1%

En el mes de Junio se atendió en el servicio de Gineco obstetricia de la unidad a 497 pacientes para aten---
 ción de parto, de los cuales 371 fueron partos normales -
 (75.2%), 8 distócicos vaginales (1.6%) y 118 cesáreas ---
 (23.1%); en Julio se atendieron 506 pacientes de las cua-
 les 403 su embarazo se resolvió por parto normal (79.3%),
 13 distócicos vaginales (2.5%) y 90 fueron cesáreas(18.1%).

El número de cesáreas fue de 83 a 118 con un prome--
 dio mensual de 98.25, el porcentaje con relación a los --
 partos varió de 15.7% a 23.1% con un promedio de 18.8%.
 (Tabla I)

b.- Indicaciones de la cesárea

La indicación más frecuente para realizar la opera--
 ción fue la DCP en 130 casos, con un porcentaje de 62.5%,
 la segunda indicación fué la cesárea iterativa en 23 ca--
 sos con un porcentaje de 11.0%; el tercer sitio lo ocupó-
 la presentación pélvica en 17 casos con un porcentaje de-
 8.7%, el cuarto fué para la preeclampsia-eclampsia en 9 -
 casos (4.3%), en orden subsiguiente fué el embarazo multi-
 ple en 8 casos (3.8%), situación transversa en 5 casos --
 (2.4%), causas de sangrado en el tercer trimestre del em-
 barazo, tanto la placenta previa como el desprendimiento-
 prematuro de placenta normoincerta (DPPNI) se presentaron
 en 4 casos para cada uno con un porcentaje de 1.9%.

(Tabla II)

H.G.Z.III No. 20 I.M.S.S.
 TIJUANA B.C.N.
 T O T A L D E N A C I M I E N T O S
 1985

Tabla I.- TIPO DE PARTO

M E S	N O R M A L E S		D I S T O C I C O S				T O T A L
	No.	%	Vaginales		Abdominales		
	No.	%	No.	%	No.	%	
ENERO	398	75.9	18	3.4	108	20.6	524
FEBRERO	342	78.2	7	1.6	88	20.1	437
MARZO	435	81.4	8	1.4	91	17.0	534
ABRIL	371	80.4	7	1.5	83	18.0	461
MAYO	362	79.7	7	1.5	85	18.7	454
JUNIO	371	75.2	8	1.6	118	23.1	497
JULIO	403	79.3	13	2.5	90	18.1	506
AGOSTO	477	82.6	9	1.5	91	15.7	577
SEPTIEMBRE	428	78.3	6	1.0	112	20.5	546
OCTUBRE	464	78.7	21	3.5	104	17.6	589
NOVIEMBRE	473	80.4	13	2.2	102	17.3	588
DICIEMBRE	402	77.1	12	2.3	107	20.5	521
T O T A L	4926		129		1179		6234

I N C I D E N C I A D E L A O P E R A C I O N
C E S A R E A

H.G.Z. III No. 20

T I J U A N A B . C . N .

Tabla II.- Indicaciones de la cesárea

I N D I C A C I O N	No.	%
Desproporción Cefalopélvica	130	62.5
Cesárea iterativa	23	11.0
Presentación pélvica	17	8.7
Preeclampsia-eclampsia	9	4.3
Embarazo multiple	8	3.8
Situación transversa	5	2.4
DPPNI	4	1.9
Placenta previa	4	1.9
Producto valioso	3	1.4
Ruptura prematura de membranas	2	.9
Sufrimiento fetal agudo	2	.9
O T R O S	1	.4
T O T A L	208	100.0

c.- Operación efectuada

En todos los casos se efectuó cesárea tipo Kerr, ya que es la que tiene menos complicaciones. En 60 casos además se efectuó salpingoclasia bilateral (28.8%), como parte del programa de planificación familiar quirúrgico, y en dos ocasiones se asoció la histerectomía total abdominal con cesárea (menos del 1.0%), un caso por acretismo placentario y otro por sangrado en el transoperatorio en el pedículo inferior derecho.(Fig.2)

Haciendo revisión de los anexos, en una paciente se encontró ovarios poliquísticos, y se le realizó resección de ovarios en cuña. Otra paciente presentó teratoma de ovario por lo que se le realizó salpingooforectomía izquierda. (Tabla III)

Tabla III.- Operación efectuada

Tipo de operación	No.	%
CESAREA KERR	208	100
Cesárea + Salpingoclasia	60	28.8
Cesárea + Histerectomía	2	0.9

d.- Anestesia administrada

El bloqueo peridural sigue siendo el método analgésico más empleado en este tipo de operaciones, en nuestro estudio se utilizó en 206 casos (99.0%), y solo en dos ocasiones (1.9%) se utilizó la anestesia general. El blo

INCIDENCIA DE LA OPERACION

CESAREA

H. G. Z. III No.20

TIJUANA B. C. N.

TOTAL DE CESAREAS

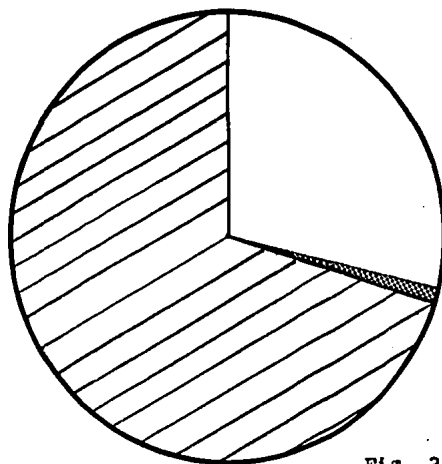





Fig. 2

	Cesáreas	100.0%
	Cesárea + Salpingoclasia	28.8%
	Cesárea + Histerectomia	0.9%

queo peridural se asoció frecuentemente con sedación ---
transoperatoria de la paciente. (Tabla IV)

Tabla IV.- Anestesia administrada

Tipo de anestesia	No.	%
Bloqueo peridural	206	99
Anestesia general	2	1
T O T A L	208	100

e.- Complicaciones transoperatorias

De las complicaciones transoperatorias que más fre---
cuentemente se presentaron en nuestro estudio fué la hipo-
tonía transitoria en 3 casos (1.4%), que se corrigió con-
la administración de oxitócicos, en dos casos (0.9%) hubo
desgarro del ángulo derecho de la histerotomía, en dos -
ocaciones más hubo sangrado importante, uno de ellos por
acretismo placentario y otro por sangrado en una trompa -
realizandocse salpingectomía.

Las otras complicaciones que se presentaron fueron -
una por caso, y entre las más importantes que ocurrieron-
fué una lesión vesical de 10 cms. que se reparó inmediata
mente.

El total de complicaciones fué de 12 casos que dá un
porcentaje de 5.2%. (Tabla V)

Tabla V.- Complicaciones transoperatorias

Tipo de complicación	No.	%
Hipotonía transitoria	3	1.4
Desgarro ángulo derecho histerorráfia	2	0.9
Sangrado importante	2	0.9
Lesión vesical	1	0.4
Desgarro pared vaginal	1	0.4
Desgarro cervical	1	0.4
Prolongación de ambas comisuras	1	0.4
Deficiencia de histerorráfia anterior	1	0.4
T O T A L	12	5.2

f.- Complicaciones postoperatorias

Cinco fueron las complicaciones que se presentaron en nuestro estudio, el absceso de pared fué la complicación más frecuente, se encontró en 3 casos (1.4%). Las otras complicaciones postoperatorias fueron una por caso y se encontraron hematoma de pared y deciduoendometritis, el porcentaje de complicaciones postoperatorias fué de 2.2% (Tabla VI)

Tabla VI.- Complicaciones postoperatorias

Tipo de complicación	No.	%
Absceso de pared	3	1.4
Hematoma de pared	1	0.4
Deciduoendometritis	1	0.4
T O T A L	5	2.2

g.- Diagnóstico postoperatorio y hallazgos

El diagnóstico postoperatorio varió en relación a los hallazgos encontrados durante la cirugía, o se corroboró durante ésta.

Lo más comunmente encontrado fué las adherencias y la miomatosis uterina, siete casos de cada uno con un porcentaje de 3.3%, en 6 casos el producto presentaba circular de cordón (dos de ellos con doble circular de cordón al cuello) 2.8%, en 3 casos inserción baja y anterior de la placenta (1.4%), otros hallazgos fueron poliquistosis ovárica en dos casos, varices del segmento uterino, anillo de contracción del segmento inferior, útero didelfo, polihidramnios, etc. (Tabla VII)

Tabla VII.- Hallazgos en el transoperatorio

Tipo de hallazgos	No.	%
Adherencias	7	3.3
Miomatosis uterina	7	3.3
Producto con circular de cordón	6	2.8
Inserción baja y anterior de placenta	3	1.4
Poliquistosis ovárica	2	0.9
Várices del segmento	2	0.9
Anillo de contracción	2	0.9
Utero didelfo	1	0.4
Polihidramnios	1	0.4
Teratoma de ovario	1	0.4
Equimosis de hígado	1	0.4
Acretismo placentario	1	0.4
T O T A L	34	15.5

h.- Días de estancia hospitalaria

Los días de estancia en el servicio fué desde 2 a 14-días con un promedio de 3.3 por paciente.

La paciente que más días estuvo en el servicio fué la que tuvo lesión de vejiga, y fué dada de alta hasta que no presentó orina hematórica; la estancia en el servicio-estuvo en relación con el estado que guardaba la paciente y los problemas inherentes a la cirugía o a otra causa -- que se pudiera presentar. (Tabla VIII)

Tabla VIII.- Días de estancia hospitalaria

D I A S	No. de pacientes
2	8
3	117
4	76
5 ó +	7

2) Con relación a la paciente

a.- Edad

La edad de las pacientes varió desde 15 hasta 43 años, con el mayor número de pacientes entre 18 y 30 años que corresponde a la de mayor reproducción de la mujer.

Se clasificó a las pacientes por grupos de edades, de 13 a 17 años un total de 17 pacientes (8.1%), de 18 a 25

años 113 pacientes (54.3%), de 26 a 30 años 52 pacientes (25.0%), de 31 a 35 años 17 pacientes (8.1%), de 36 a 40 años 8 pacientes (3.8%), y de 41 a 45 años una paciente (0.4%). (Tabla IX)

Tabla IX.- Edad de las pacientes

A Ñ O S	C A S O S	%
13-17	17	8.1
18-25	113	54.3
26-30	52	25.0
31-35	17	8.1
36-40	8	3.8
41-45	1	0.4
T O T A L	208	100.0

b.- Número de gestaciones

En nuestro estudio este varió de una a nueve gestaciones, se presentaron 79 casos de primigestas (37.9), 66 casos de secundigestas (31.7%), multíparas 52 (25.0%), y solo 11 casos de grandes multíparas (5.2%).

Las multípara comprendieron aquellas pacientes que tienen entre III y V gestaciones y las grandes multíparas VI o más gestaciones. (Tabla X)

Tabla X.- Gestación

Gesta	Casos	%
I	79	37.9
II	66	31.7
III-V	52	25.0
VI o +	11	5.2
T O T A L	208	100.0

c.- Paridad

El antecedente de paridad estuvo en 46 pacientes únicamente, de los cuales 17 eran primíparas (8.1%), 14 eran secundíparas (6.7%), 13 eran múltiparas (6.25%), y únicamente dos grandes múltiparas (0.96%). (Tabla XI)

Tabla XI.- Paridad

PARIDAD	No.	%
I	17	8.1
II	14	6.7
III-V	13	6.2
VI o +	2	0.9
T O T A L	46	21.9

d.- Cesáreas previas

El antecedente de cesáreas anteriores se encontró en 86 casos (41.3%), con una cesárea previa 62 casos (29.8%), con II cesáreas previas 23 casos (11.0%), y con III cesáreas previas solo un caso (0.4%). (Tabla XII)

Tabla XII.- Cesáreas previas

Cesáreas previas	Casos	%
I	62	29.8
II	23	11.0
III	I	0.4
T O T A L	86	41.2

e.- Edad gestacional

La edad gestacional varió desde 22 hasta 42 semanas,- la representamos en peso ya que hay productos hipotrofi--cos y macrosómicos.

Hubo un caso con producto de 500 grs que se le practicó cesárea a la paciente por situación transversa del producto y ruptura de membranas; hubo un producto macrosómico de 6750 grs y 42 semanas de gestación. (Tabla XIII)

Tabla XIII.- Edad gestacional

Casos	Peso	%
1	0-1499	0.4
5	1500-1999	2.4
4	2000-2499	1.9
33	2500-2999	15.8
71	3000-3499	34.1
72	3500-3999	34.6
22	4000- +	10.5
208	T O T A L	100.0

3) Con relación al producto

a.- Morbilidad

Se presento morbilidad neonatal en 15 casos (7.2%). - No hubo predominancia de casos; se presentaron dos casos de depresión respiratoria, uno por efecto del barbitúrico aplicado a la madre y el otro por efecto de la anestesia general; sepsis neonatal dos casos, prematuréz, depresión respiratoria transitoria, taquipnea transitoria del recién nacido, dos postérmino con desnutrición in útero; -- los demás fueron uno por caso, broncoaspiración de líquido amniótico, hipoglicemia y conjuntivitis neonatal.

(Tabla XIV)

Tabla XIV.- Morbilidad de los productos

Morbilidad	No.	%
Depresión respiratoria	2	0.9
Sepsis neonatal	2	0.9
Prematurez	2	0.9
Depresión respiratoria transitoria	2	0.9
Taquipnea transitoria del RN	2	0.9
Postérmino (Desnutrición in útero)	2	0.9
Broncoaspiración de líquido amniótico	1	0.4
Hipoglicemia	1	0.4
Conjuntivitis neonatal	1	0.4
T O T A L	15	7.2

b.- Mortalidad

Hubo seis casos de mortalidad (2.8%), tres de ellas -- asociados con prematuridad, uno inmaduro (23 semanas), -- que cursaron con síndrome de insuficiencia respiratoria, -- dos casos de interrupción de la circulación materno fetal por DPPNI, y un caso (0.48%) que se asoció con polihidramnios, hemorragia intracraneal y hemorragia pulmonar.

(Tabla XV)

Tabla XV.- Mortalidad de los productos

Mortalidad	No.	%
Prematuridad	3	1.4
Interrupción de la circulación materno fetal (DPPNI)	2	0.9
Polihidramnios	1	0.4
T O T A L	6	2.8

c.- Malformaciones

En tres casos se presentaron malformaciones en los -- productos (1.4%); dos de ellos asociados con alteraciones del tubo neural, un caso de mielomeningocele y pié equino -- vero congénito, uno con hidrocefalia y mielomeningocele y -- otro caso con atresia de coana derecha. (Tabla XVI)

Tabla XVI.- Malformaciones de los productos

Tipo de malformación	No.	%
Mielomengocele + Pié equino varo	1	0.4
Hidrocefalia + Mielomengocele	1	0.4
Atresia de coana	1	0.4
T O T A L	3	1.2

COMENTARIO

La incidencia de la operación cesárea en nuestro medio ha aumentado en forma considerable; inicialmente utilizada en casos de desproporción, sus indicaciones han aumentado, consiguientemente la incidencia también. Esta varía para diferentes autores e instituciones, pero la mayoría la situa entre 10 y 20% para hospitales de II nivel - como el nuestro. (1)(2)(7)(8)(10)(11)(12)(17)

Obviamente en instituciones privadas la incidencia -- aumenta como se reporta en un estudio. (1)

En nuestra serie la incidencia se encontró dentro de este parámetro (18.8%), un poco por encima de lo que se - reporta en otros estudios, en los que se refiere que la - obtetricia atendida en II nivel, la frecuencia es casi -- constante entre 10 y 13%. (8)

Contrariamente a lo esperado, en nuestro hospital la frecuencia de la operación cesárea ha disminuido, ya que para 1983 fué de 21.2%, en 1984 19.5% y en 1985 18.8%.

La DCP continua siendo la causa más frecuente de la - indicación de cesárea en nuestro medio; en nuestra serie se presentó en 62.5% de los casos, aunque la diferencia - con otros estudios es grande y va desde 24 al 57%. (8)(10)(12)(17)(18)

Cabe hacer mención que la DCP como indicación de cesárea no se encuentra así referida en la literatura sajona; ellos designan como distocia a la no progresión del trabajo de parto asociada con desproporción cefalopélvica o a-presentaciones fetales anómalas y anormalidades en las --

fuerzas del trabajo de parto y es la causa más común de -
operación cesárea (37%). (11)

También hay variabilidad en este caso ya que otros es-
tudios lo sitúan en 5to lugar. (8)

La presentación pélvica ocupó en nuestro estudio el -
tercer sitio (8.7%); al interrumpir el embarazo cuando se
encuentra ésta situación se pretende evitar el trauma obs-
tétrico consecutivo a una retención de cabeza, fracturas,
elongación del plexo braquial u otras lesiones. En nues-
tra unidad es indicación absoluta al igual que en otros -
hospitales. (8)

Las otras indicaciones fueron de menos del 5%; el su-
frimiento fetal como indicación pura de cesárea ocupó el
8avo lugar, se debe aclarar que en la unidad este diagnós-
tico es clínico, ya que no contamos con el apoyo de otros
métodos.

La cesárea segmentaria tipo Kerr se utilizó en el 100
por ciento de los casos en nuestro estudio, por ser la --
que causa menores complicaciones; es prácticamente la más
usada como se reporta en otras series; los otros tipos co-
mo la corporal tienen sus indicaciones más precisas, pero
la frecuencia no va a más del 10%. (1)(2)(7)(10)(17)

La cesárea y salvingoclasia en nuestro estudio fué --
del 28.8%; en otras series reportan cifras desde el 12.6-
hasta 48.4% (7)(8)(10)(16)

En dos casos se practicó cesárea e histerectomía ---
(0.98%), uno por acretismo placentario y otro por sangra-
do importante. Cabe señalar que la frecuencia de la aso-
ciación de estas operaciones es baja y sus indicaciones -

son principalmente cuando hay problemas de sangrado, hipotonia, acretismo placentario, como también lo refieren en otros estudios. (4)(5)(7)(10)(15)(16)

La anestesia que se prefiere en este tipo de operaciones es el bloqueo peridural, ya que este no afecta al producto al momento de nacer; en la unidad frecuentemente se asocia con sedación transoperatoria de la paciente para disminuir el stress producido por la medicación preanestésica y el acto quirúrgico en sí. (7)(10)

Las complicaciones transoperatorias que se presentaron concuerdan con las de otras comunicaciones y son la hipotonía uterina y el desgarro o prolongación de histerotomía (16); sin embargo el sangrado por diversas causas también está consignado como complicación en otras series. (10)

Las complicaciones postoperatorias que se presentaron fue del 2.2% y el más frecuente fué el absceso de pared y la deciduoendometritis, practicamente coinciden con otros estudios consultados; en lo que si se difiere es en el porcentaje, ya que unos reportan desde el 1.3 hasta el 13.8%. (8)(16)

La estancia hospitalaria en nuestro servicio fué de 3.3 días por paciente, difiere en forma notoria con lo reportado en otras series que lo anotan en 5-7 días en promedio. (7)

En relación con la edad se aprecia que el 79.3% de las pacientes, su edad va de 18 a 30 años, que es la ideal para la procreación y coincide en la misma forma con otros estudios, aunque los porcentajes varían desde 53.4-

a 82.9% (7)(8)(10)(16).

La mayor parte de las cesáreas ocurrieron en pacien--tes primigestas, aunque en nuestro estudio no hay gran variación en relación a las secundigestas, si se difiere --con otros autores que reportan que las grandes multíparas ocuparon el segundo lugar. (8)(10)(12)(17)(18)

El antecedente de casárea anterior se encontró en 41 por ciento de los casos, también hay diferencias con otras series que la indican del 17.4 y 19.3% (8)(10)

No hubo mortalidad de pacientes en nuestro estudio, -al igual que lo reportado por López en 1981 que tiene una casuística amplia, sin embargo en otras series si se re--porta mortalidad, aunque está asociada a otras causas o -factores que repercutieron en la paciente operada. (10)

La morbilidad del producto en nuestro estudio se de--bió principalmente a sedación o efecto de la anestesia, -con repercusión en la mecánica respiratoria del neonato;- estas son las causas que se le pueden atribuir a la operación en sí, los demás son por causas diferentes que repercuten en el recién nacido.

La mortalidad de los productos en nuestra serie fué -baja (2.8%), y en 50% de estos se asoció a prematurez, lo que hace que las condiciones del producto sean bastante -graves y las posibilidades de sacarlo adelante sean meno--res que en productos de pretérmino. El DPPNI también se asoció con mortalidad neonatal por lo que cuando se sospeche o detecte, se tomen las medidas necesarias y se opere de inmediato a la paciente, ya que en este caso como en -el de placenta previa el binomio corre un gran riesgo.

CONCLUSIONES

- La incidencia de operación cesárea en nuestro hospital se ha mantenido en niveles estables desde hace dos años, aunque con cifras levemente por arriba de hospitales de II nivel como el nuestro.
- La DCP continúa siendo la causa más frecuente de operación cesárea en nuestro medio, pero sería cuestión de analizar a fondo esta indicación para determinar cuantas de estas son causas puras, y cuantas de estas se pudieran resolver con la administración de oxitocina.
- La cesárea indicada en los casos de presentación pélvica evita el trauma obstétrico tanto al producto como a la madre, por lo que esta es indicación absoluta en todos los casos.
- La cesárea segmentaria tipo Kerr continúa siendo la más usada por ser la que menos complicaciones tiene y que dé menos problemas de sangrado.
- La asociación de cesárea e histerectomía se continúa utilizando como medida última para resolver los casos de sangrado en el transoperatorio, y que de no tomar esta determinación la vida de la paciente corre gran peligro.
- El programa de planificación familiar alcanzó una cifra nada despreciable, motivando a la paciente para que acepte el método definitivo cuando la paridad ha sido sa

tisfecha, aprovechando el momento de la cesárea.

- Aunque en nuestro estudio no hubo mortalidad se debe valorar cada caso, ya que el riesgo quirúrgico y anestésico es de considerar.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ruiz VV. La operación cesárea en nuestro medio. Ginec Obstet Mex 1977; 42: 177-181.
- 2) Puente GH, De la Garza QG, Velez GS, Bautista AM. Morbilidad materna postcesárea (Análisis de 700-casos) Ginec Obstet Mex 1975; 37: 93-105.
- 3) Ruiz VV, Rosas AJ, Uribe AR. Cesárea corporal. Ginec - Obstet Mex 1970; 27: 527-532
- 4) Benson CR. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. México Manual Moderno, 1979. 954-959.
- 5) Ruiz VV. Cesárea histerectomía. Ginec Obstet Mex 1980; 48:288-295.
- 6) Vasconcelos PG, Gmez VR, Gutierrez CG. Morbimortalidad materna por bloqueo periduaral en gineco obstetricia. Ginec Obstet Mex 1978; 44:199-205.
- 7) Rodríguez SE, Sanguines MA, Miranda AO. Cesárea de repetición. Ginec Obstet Mex 1982; 153:302-310.
- 8) López OE, Maglorie MP, Garay SE. La operación cesárea- en el Hospital de gineco obstetricia 3A del I.M.S.S. Ginec Obstet Mex 1983; 51:315-320.
- 9) Ruiz VV. La operación cesárea . La Prensa Médica Mexicana. 1971, 1-134
- 10) Olvera FA. La operación cesárea en el H.G.Z. II No.1 - del IMSS Mexicali BCN. Trabajo no publicado - Archivo biblioteca IMSS Mexicali 1981.
- 11) Amirikia H, ZarewychB, Evans TN. Cesarean section: A - 15 year review of changing incidence, indications, and risks. Am J Obstet Gynecol 1981; - 140: 81-90

- 12) Evard RJ. Operación cesárea. Valoración contemporánea. J Reprod Med 1980; 24: 147-154.
- 13) Rubin GL, Peterson HB, Rochat RW, Mc Carthy BJ, Terry JS. Maternal death after cesarean section - in Georgia. Am J Obstet Gynecol 1981; 139: 681-685.
- 14) Richards TA, Richards JL. A comparison of cesarean -- section morbidity in urban and rural hospitals. Am J Obstet Gynecol 1982; 144: 270-275.
- 15) López OE, Guerrero HA, Jiménez JF, Butron LF. La histerectomía obstétrica en el hospital de gineco obstetricia 3A del IMSS. Gineco Obstet Mex 1983; 51: 281-286.
- 16) García LA, Ramírez PD, Alvarado DA. Manejo de la paciente obstétrica con antecedente de una cesárea. Análisis de 1527 casos. Ginec Obstet Mex 1979; 45: 223-242.
- 17) Karchmer KS, Ramírez EE. Operación cesárea. Análisis de 1000 casos. Sem Med Mex 1964; 42: 392-398
- 18) Ruiz VV, Pérez DS. Evolución de la cesárea en México. Ginec Obstet Mex 1970; 27: 115-120.
- 19) Shor PV, Chávez AJ, Castelazo ME, Rivero WE, Karchmer KS. Mortalidad materna asociada a la operación cesárea. Ginec Obstet Mex 1982; 50: 189-195
- 20) Hellman LM, Pritchard JA. Williams Obstetricia. México: SALVAT, 1980:888-906.