

11217
120
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

ESTADO ACTUAL DE LA OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE CONCENTRACION NACIONAL PEMEX

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. JESUS MIRANDA GONZALEZ

ASESOR:

DR. VICTOR MANUEL VAZQUEZ ZARATE



26/01/88
[Handwritten signature]

MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1988



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 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.

I N D I C E

	PAGINA.
INTRODUCCION.....	1
DEFINICION Y CONCEPTO.....	3
TIPOS DE CESAREA.....	4
CLASIFICACION.....	8
INDICACIONES PARA LA OPERACION CESAREA.....	10
PUNTOS RELEVANTES EN LA TECNICA DE LA OPERACION CESAREA	13
MORBIMORTALIDAD EN LA OPERACION CESAREA.....	15
MATERIAL Y METODO.....	19
OBJETIVOS.....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSION.....	37
CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA.....	41

INTRODUCCION

La operación cesárea, que ya se practicaba desde épocas antiguas es un procedimiento que a últimas fechas ha tenido un incremento importante, lo anterior refleja las preocupaciones del ginecoobstetra por ofrecer mejores condiciones de atención a la madre y el producto.

De tal manera se ha incrementado que se menciona un índice de 15% de todos los partos en los años de -- 1965 a más de un 15% en 1978 (1-2) en todo lo anterior ha tenido un papel importante el surgimiento de la perinatología que ha permitido la obtención de productos en mejores condiciones y con mejor pronóstico.

Sin embargo, en contraposición es de tomar cuenta por el obstetra que la decisión para interrumpir el embarazo por vía abdominal podría traer un aumento en la morbilidad materna así como en los costos que implica una mayor disponibilidad de recursos y mayores gastos para las instituciones comparativamente a un parto vaginal (3).

De todas formas la mortalidad materna en la operación cesárea, ha seguido un decremento comparativo al

de la mortalidad materna en general y aunque lo anterior se debe en gran medida a una mejor calidad de vida así como a mejoras en la terapéutica y en los medios de diagnóstico, la cesárea es un elemento importante en el decremento de la mortalidad materna (4).

Se puede concluir que aún cuando la cesárea no es ta exenta de riesgo, los beneficios obtenidos de la misma son mayores que los riesgos por lo tanto la indicación para realizar una cesárea debe ser motivo de una valoración integral de la paciente y no considerarse como un procedimiento rígido en la práctica obstétrica.

DEFINICION Y CONCEPTO

La operación cesárea se define como una extracción de feto vivo ó muerto, através de una insición abdominal y en la pared del útero a partir de las 27 semanas ó más del embarazo (5,6,7).

Lo anterior excluye la extracción del feto cuando está fuera del útero, como podría ser un embarazo abdominal ó bien en una ruptura uterina.

La extracción del feto antes de las 26 semanas de gestación no se incluye en la definición y se denominan histerectomías abdominales.

T I P O D E C E S A R E A S

- A) Insición Clásica en el Cuerpo Uterino
- B) Cesárea Segmento Corporal
- C) Cesárea Segmentaria Transversal
- D) Cesárea Extraperitoneal.

A) Insición Clásica en el Cuerpo Uterino:

La técnica quirúrgica empleada en éste tipo de cesárea es através de una insición infraumbilical media ó paramedia en la pared abdominal, realizandose una insi ción en la porción contractil del cuerpo uterino (8-9)

Mediante esta insición se logra la extracción del feto en una forma rápida y con gran facilidad.

Se recomienda en los siguientes casos:

- 1) Embarazo pretérmino
- 2) Inserción segmentaria anterior de la placeta
- 3) Procesos varicosos del segmento uterino
- 4) Procesos adherenciales del segmento
- 5) En casos de Cesárea Post-mortem
- 6) En casos de Cicatriz Anterior Corporal
- 7) Como Tipo Previo a Cesárea Histerectomía
- B) En caso de Situación Transversa

B) Cesárea Segmento Corporal:

En éste tipo de cesárea la histerotomía teóricamente debe ser en el segmento uterino y en sentido vertical, esto en la práctica pocas veces se logra ya que frecuentemente la insición cae en el cuerpo uterino.

Se recomienda en los siguientes casos:

- 1) Embarazo Pretérmino
- 2) Placenta Previa
- 3) Situación Transversa
- 4) Anillo de Bandl
- 5) Cicatriz Vertical Previa

Cabe mencionar que la técnica original fué descrita y realizada por Kroning en el año de 1912 e introducida por Beck en los Estados Unidos en 1919 (10-11).

C) Cesárea Segmentaria Transversal (Tipo Kerr.)

Este tipo de cesárea es una modificación introducida por Kerr en 1926, a la técnica de Kroning, realizándose a nivel del segmento uterino y en sentido transversal. En la técnica más utilizada en la actualidad y las indicaciones son en todos los casos excepto en los mencionados para las técnicas previas.

Entre otras, sus ventajas principales son:

- 1) Menor Cantidad de Sangrado
- 2) Menor Posibilidad de Adherencias
- 3) Posibilidad de Parto Vaginal en el Futuro

Los riesgos que se pueden presentar es la prolongación a los vasos uterinos.

D) Operación Cesárea Extraperitoneal:

En 1824 se sugiere por primera ocasión la posibilidad de realizar una verdadera operación cesárea extraperitoneal por Phillip Physick profesor de cirugía en la Universidad de Pensilvania y no fué hasta 1907 cuando el Ginecólogo Alemán Fritz Frank hizo el intento de diseccionar el peritoneo de la bóveda vesical para exponer el segmento uterino inferior. (12-13-14).

Debido a las complicaciones este tipo de cirugía fué abandonado hasta 1940 en que Ricci y Waters en los Estados Unidos publican su experiencia con la operación cesárea supravesical (15). Posteriormente en 1949 Bourgeois y Phaneuf (17), utilizan una combinación de la vía paracervical, ideada en 1908 por un médico Vienés:

Wilheim Latzko con la vía supravesical (16.)

En la actualidad se utiliza en forma excepsio
nal. Las indicaciones para este tipo de cirugía era en
casos de sépsis y en la era preantibiótica, por lo que
ha caído en desuso (19.).

C L A S I F I C A C I O N

- A) Cesárea Primaria
- B) Cesárea Repetida
- C) Cesárea Iterativa
- D) Cesárea Urgente
- E) Cesárea Programada (Electiva.)

A) Cesárea Primaria:

Es aquella que se práctica por primera vez en una paciente en quien es necesaria la interrupción de la gestación por vía abdominal de acuerdo a indicaciones maternas ó fetales.

B) Cesárea Repetida:

Es aquella que se realiza en una mujer con antecedente de una cesárea primaria, en este caso la indicación puede ser diferente a la de la cesárea previa.

C) Cesárea Iterativa:

Se práctica cuando se tiene el antecedente de dos ó más cesáreas.

En este caso puede o no existir complicaciones médicas u obstétricas pero la cirugía se indica por la existencia de cicatrices uterinas que contraindican el parto vaginal.

D) Cesárea Urgente:

Como su nombre lo indica es un procedimiento en el que debido a condiciones diversas de indole materna, fetal ó bién por alteraciones obstétricas, como podría ser: Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, sufrimiento fetal agudo etc., es imperativa la extracción del feto por vía abdominal.

E) Cesárea Programada:

En la obstetricia actual este tipo de cesárea debería ser excepcional y solo se justificaría por condiciones especiales en la paciente como podría ser:

Plastia Urogenital Previa.

Primigesta añosa.

Incontinencia Urinaria et.

INDICACIONES PARA LA OPERACION CESAREA

Las indicaciones para la operación cesárea no son absolutas existiendo múltiples causas que dependen de las circunstancias particulares en cada paciente. (22-23-24).

El índice creciente en el número de cesáreas se puede englobar en cuatro categorías principales, que en última instancia son las indicaciones más frecuentes para decidir la extracción de un producto, vía abdominal:

- A) Distocia
 - B) Cesárea Previa
 - C) Sufrimiento Fetal Agudo
 - D) Presentaciones anormales del Producto
- (25-26-27)

De los eventos mencionados, la distocia ha sido responsable de un incremento en los índices de operación cesárea en un 30% en la década de 1970-80 (27-28).

La cesárea previa ó la cesárea iterativa han sido responsables de un incremento de 25-30%.

La presentación anormal del producto así como el sufrimiento fetal agudo han sido responsables de un incremento en los índices de cesárea de un 10-15%.

Algunas de las indicaciones más frecuentes que se mencionan en nuestro país son: Desproporción Cefalopélvica hasta en un 40%, Cesárea Iterativa 13%, Presentación Pélvica 12.5%, Toxemia 8.75%, SFA. (sufrimiento fetal agudo) 6.74%, Ruptura de Membranas 4%. Embarazo Prolongado 3.5% (29).

A continuación se enumeran las indicaciones más frecuentes para la realización de una operación cesárea:

- Falla en la progresión del trabajo de parto.
- Desproporción Cefalopélvica.
- Sufrimiento Fetal Agudo.
- Cesárea Previa e Iterativa.
- Presentaciones anormales.
- Embarazo múltiple.

- Distocia de contracción.
- Embarazo Prolongado con malas condiciones Cervicales
- Ruptura Prematuras de Membranas
- Estados Hipertensivos severos del embarazo.
- Placenta Previa y DPPNI
- Infección por Herpes Genital Reciente
- Isoinmunización Materno Fetal
- Diabetes M

PUNTOS RELEVANTES EN LA TECNICA DE LA
OPERACION CESAREA

1) Abordaje de la pared abdominal mediante in -
sición infraumbilical media, puede realizarse la insi -
ción tipo Pfannenstiel en la cual se incide en forma -
transversal la piel y el tejido celular subcutáneo a
nivel de la línea del pelo pubisno, en aquellas pacien -
tes con cicatriz previa Pfannenstiel o en caso de cesá -
rea primaria.

2) Algunos autores recomiendan aislar cavidad
uterina con compresa única.

3) Insición del peritoneo visceral segmentario
en línea curva de concavidad superior.

4) Insición semilunar de concavidad superior
en el segmento uterino.

5) Corte del saco amniótico y extracción cui -
dosa del feto.

6) Extracción de la placenta con revisión y lim
pieza de cavidad uterina.

7) Primer plano de sutura de la histerorrafia iniciando por fuera de los ángulos de la insición con catgut crómico del I atraumático.

8) Segundo plano de la histerorrafia con crómico del I atraumático, invaginante que incluya la fascia y la porción más superficial de la capa muscular uterina.

9) Surgete continuo con crómico del dos 00 para peritoneo visceral.

10) Extracción de compresa, revisión de cavidad abdominal, verificación de hemostasia.

11) Sutura por planos de pared abdominal -
(20-21.)

MORBIMORTALIDAD EN LA OPERACION CESAREA

En la antigüedad la operación cesárea se dejaba como último recurso debido a las graves complicaciones que ponían en alto riesgo la vida de la madre (30). Así se menciona una morbilidad de 75% a fines del siglo XIX (31).

Posteriormente y gracias a las mejores técnicas quirúrgicas así como al advenimiento de la asepsia y antisepsia (32) la morbilidad se redujo en forma importante.

En la actualidad de acuerdo a los estudios realizados por autores como Evrard y Gold para los años de 1965-1975 comunican una mortalidad Global de 0-105 por 100,000 procedimientos, el índice de mortalidad -- atribuible a la cesárea varía de 0-50 por 100,000.

Rubin y Col. en un estudio realizado en Georgia citan como principal causa en sus pacientes que murieron como consecuencia de una operación cesárea de 1975-1976 la presencia de embolia pulmonar (33).

Evrard y Gold en sus estudios de 12,941 cesáreas de 1965-1975 citan que cada tres de cuatro muertes atribuibles a la cesárea son consecuencias de infección.

El índice de mortalidad materna atribuible a la cesárea para el mismo período fué de 30.9 por 100.000 (34).

En Gran Bretaña en el período de 1976-1978 se presentaron como principales causas de muerte después de cesárea: Septicemia, hemorragia y embolia pulmonar (35).

De acuerdo a los datos publicados en la literatura, los índices de morbimortalidad varían de acuerdo a las indicaciones operatorias, a la duración del -- trabajo de parto, al lapso transcurrido entre la ruptura de las membranas y la cirugía, etc, de tal manera -- que en algunos hospitales la tasa de muertes maternas es de 0.1 a 0.2% pero en algunos otros excede del 3%. Lo anterior puede ser una consecuencia de una técnica quirúrgica deficiente, un mal manejo post operatorio, complicaciones anestésicas , etc. (36-37-38-39).

En nuestro país se citan las estadísticas de morbilidad del IMSS en los que se mencionan un índice de 24% de incidencia de nacimientos por operación cesárea, de los que la principal causa de complicaciones coinciden con la literatura mundial siendo en primer lugar la hemorragia y la infección con un índice de complicaciones, post operatorias de un 20-25% (40).

De acuerdo a lo publicado en las diferentes series en la literatura, se observa al endometritis en primer lugar como causa de morbilidad infecciosa en la cesárea.

Perloe y Curent en 592 cesáreas realizadas de 1975-1976 citan un 6.1% de incidencia de endometritis.

Rehu y Nilson en una serie de 774 cesáreas citan un 9.8% de endometritis post cesárea (41).

Nielsen y Okegard citan en una serie de 1319 cesáreas una incidencia de 6.6% en relación a endometritis post cesárea (42).

En la actualidad se acepta que los principales riesgos de la operación cesárea son: Hemorragia, em

bolia pulmonar y sepsis; otro tipo de complicaciones que se presentan con mayor frecuencia tienen una menor importancia que las mencionadas.

En la mayor parte de los estudios publicados desde 1976 se ha encontrado que la endometritis post--cesárea se presenta en mayor proporción debido a la --fal ta de antibióticos profilácticos (43-44).

La infección de la herida quirúrgica se pre--senta en menor grado.

En conclusión el índice de mortalidad materna es bajo en la actualidad, reportandose en algunos citios índice de 0 en series grandes (45).

MATERIAL Y METODO

Se realiza un estudio prospectivo de todas las pacientes obstétricas atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Central Norte de Concentración Nacional PEMEX, en el período comprendido del primero de Octubre al 31 de Diciembre de 1987 analizando el número total de nacimientos durante la operación cesárea en un período de 30 días consecutivos.

A todas las pacientes se les estudio mediante la realización de una historia clinica completa para conocer antecedentes, estado de salud, historia obstétrica, etc. Así mismo se revizaron los expedientes para conocer la evolución y resultados en relación con la edad y paridad, al momento de la cesárea, tipo de cesárea, indicaciones obstétricas más frecuentes, complicaciones trans y postoperatorias y morbimortalidad materno fetal procedimiento anestésico, estudios perinatales, peso y apgar de los productos y el uso de antibióticos profilácticos.

Durante dicho período hubo un total de 473 nacimientos de los cuales 172 fueron por operación cesárea, de estos casos se analizan 120 por ser los que se

encuentra completos para su estudio.

OBJETIVOS

El objeto de este estudio es conocer la situación actual que guarda la operación cesárea en nuestro servicio con respecto a las indicaciones, su frecuencia así como la morbilidad materno fetal, con el fin de compararlo con la literatura mundial y nacional mediante el análisis de un número de casos de cesáreas recientes y para determinar en nuestro servicio el impacto que han tenido los recursos de la perinatología como factores que aumentan el índice de operación cesárea.

RESULTADOS

FRECUENCIA:

Durante el periodo comprendido del 1° de Octubre al 31 de Diciembre de 1987 se registraron un total de 473 nacimientos, de los cuales 172 fueron mediante operación cesárea (36.3%).

De estos casos se analizaron 120 (Tabla 1).

TIPODE CESAREA:

Fueron cesáreas primarias en 55 casos (45.8%)

Cesárea repetida en 38 casos (31.6%).

Cesárea iterativa en 10 casos que corresponden a un 8.3%.

Cesárea Urgente en 14 casos que corresponden a 11.6%.

Cesárea Programada en 3 casos 2.5% (Grafica 1)

PARIDAD:

55 casos ocurrieron en pacientes gesta 1 lo cual corresponde a 45.8%, 38 casos ocurrieron

en pacientes gesta 2 (31.6%).

15 casos en gesta 3 (12.5%) y 12 casos que correspondan a un 10% en pacinetes gesta 4 ó más.

(Grafica 2).

EDAD GESTACIONAL Y PESO DE LOS PRODUCTOS

En cuanto a la edad gestacional y al peso de los productos estos se muestran en la tabla N° 3 y 4.

APGAR DE LOS PRODUCTOS

La calificación de apgar obtenida al minuto y a los 5 minutos fue el mayor porcentaje de 8-10 en el 84.16% de todos los productos, los detalles se muestran en la tabla N°5.

ESTUDIOS PERINATOLOGICOS

Se realizaron en este estudio seguimiento ultrasonográfico para edad gestacional en el 66.6% de las pacientes, P.S.S y test de contracciones por oxitocina, además amnioscopias y amniosentesis mostrándose los detalles en la tabla N° 6.

CIRUGIA ADICIONAL

Se realizaron 40 S.C.B, una sutura vesical 15 suturas de desgarro a nivel del segmento y una resutura de pared abdominal por hematoma. (Tabla 7).

COMPLICACIONES TRANS OPERATORIAS

Durante la cirugía se produjeron 6 prolongaciones en la histerotomía una lesión vesical y dos casos de hemorragia. (Tabla N°8).

El porcentaje de complicaciones trans operatorias fue de 10.8% (Grafica N°3).

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Se presentaron un 16.6% de complicaciones post operatorias siendo la principal la anemia en 14 casos, dos casos de deciduo endometritis y 3 casos de hipertensión arterial residual (Tabla N°9). (Grafica N°4)

ANESTESIA PARA LA CESAREA

El porcentaje de bloqueo peridural en nuestro estudio fue de 96.6%, la anestesia general solo fue un 3.3% (Tabla N° 10).

USO DE ANTIBIOTICOS

98.3% de las pacientes recibieron esquemas terapéuticos de antibióticos principalmente ampicilina. (Tabla N° 11).

F R E C U E N C I A

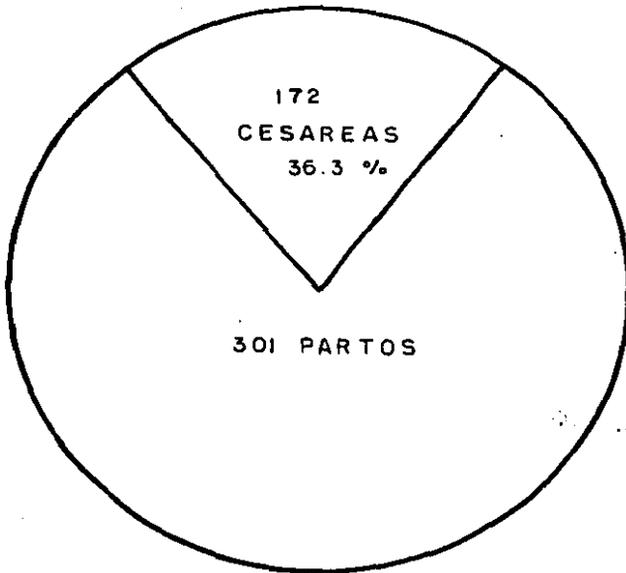
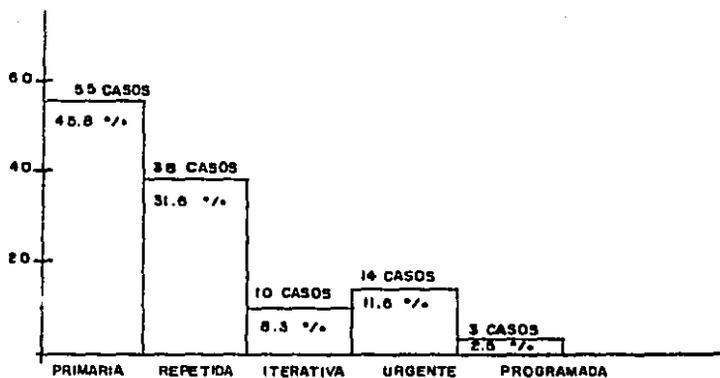


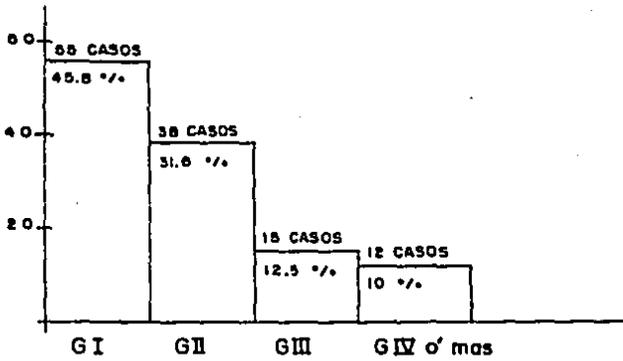
TABLA No. 1

T I P O C E S A R E A



GRAFICA No. 1

P A R I D A D



GRAFICA No. 2

PRINCIPALES INDICACIONES

INDICACIONES	N° CASOS	PORCENTAJE
D.C.P	20	16.6 %
S.F.A	05	6.9 %
PRESENTACIONES ANORMALES	08	6.6 %
CESAREA PREVIA	38	31.6 %
CESAREA INTERATIVA	10	8.3 %
R.P.M	12	10 %
EMB. PROLONGADO	11	9.16 %
TOXEMIA	02	1.6 %
PLACENTA PREVIA	02	1.6 %
D.P.P.N.J	02	1.6 %
BAJA RESERVA FETAL	08	6.6 %
EMB. GEMELAR	02	1.6 %
TOTAL	120	100 %

TABLA N° 2

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA CESAREA	Nº CASOS	PORCENTAJE
28 - 33 Sem.	02	1.6 %
34 - 36 Sem.	12	10.0 %
37 - 40 Sem.	95	79.16 %
41 - 42 Sem.	11	9.16 %
MAS DE 42 Sem.	0	0 %
TOTAL	120	100 %

TABLA No. 3

PESO DE LOS PRODUCTOS	Nº CASOS	PORCENTAJE
MENOR DE 2000grs.	2	1.6 %
2000 — 2500 grs.	5	4.16 %
2500 — 3000 grs.	8	6.6 %
3000 — 3500 grs.	60	50.0 %
3500 — 4000 grs.	40	33.0 %
MAS DE 4000 grs.	5	4.16 %
TOTAL	120	100 %

TABLA No. 4

ESTUDIOS PERINATOLOGICOS	N° CASOS	PORCENTAJE
ULTRASONOGRAFIA	80	66.6 %
REGISTROS CARDIOTOCOGRAFICOS (P.S.S)	110	91.5 %
REGISTROS CARDIO - TOCOGRAFICOS (O.C.T.)	8	6.6 %
AMNIOSCOPIAS	80	66.6 %
AMNIOCENTESIS	4	3.3 %

TABLA No. 6

APGAR DE LOS PRODUCTOS	Nº CASOS	PORCENTAJE
A LOS 5 mts.		
2 - 4	4	3.3 %
6 - 8	15	12.5 %
8-10	101	84.16 %
TOTAL	120	100 %

TABLA No. 5

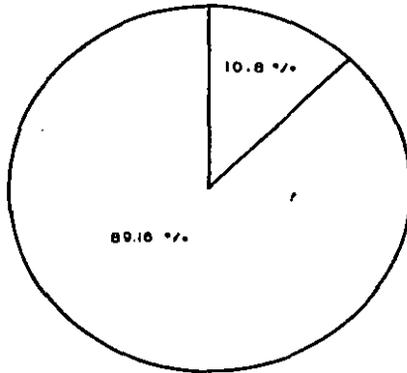
CIRUGIA ADICIONAL	Nº CASOS	TOTAL
S.C.B	40	40
SUTURA VESICAL	1	1
SUTURA DE DESGARROS	15	15
RESUTURA DE PARED ABD.	1	1
		57

TABLA No. 7

COMPLICACIONES TRANS OPERATORIAS	Nº CASOS
PROLONGACION DE HISTEROTOMIA	6
DESGARRO DEL SEGMENTO	4
LESION VESICAL	1
HEMORAGIA	2

TABLA N° 8

COMPLICACIONES
TRANS OPERATORIAS

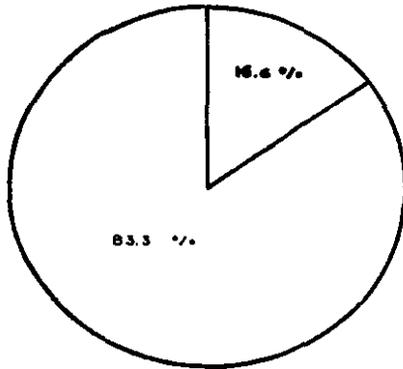


GRAFICA N° 3

COMPLICACIONES POST. OPERATORIAS	N° CASOS
ANEMIA	14
HEMATOMA PARED ABDOMINAL	1
DECIDUITIS	2
HIPERTENSION ARTERIAL RESIDUAL	3

TABLA N° 9

COMPLICACIONES
POST. OPERATORIAS



GRAFICA N-4

ANESTESIA	N° CASOS	PORCENTAJE
B.P	116	96.6 %
A.G	04	3.3 %
TOTAL	120	100 %

B.P = BLOQUEO PERIDURAL

A.G = ANESTESIA GENERAL

TABLA N° 10

USO DE ANTIBIOTICOS Y TIPO	N° CASOS	PORCENTAJE
AMPICILINA	118	98.3 %
CEFALOSPORINAS	01	0.83 %
CLORAMFENICOL	01	0.83 %
TOTAL	120	100 %

TABLA N° 11

DISCUSION

La literatura actual reporta a nivel actual un incremento importante en el índice de cesáreas en el que la perinatología a tenido un papel importante, con índices superiores inclusive al 20% en algunos lugares (1-2), nosotros encontramos en nuestro estudio un índice de 36.6% el cual consideramos superior a lo comunicado por los diferentes autores, esto lo explicamos en base al porcentaje elevado de embarazo de alto riesgo en nuestra población estudiada así como al hecho de ser un Hospital de Concentración, con recursos perinatológicos bien establecidos.

En cuanto a la edad y paridad nuestras pacientes estudiadas fueron entre la segunda y tercera decada la mayor incidencia, observandose una tendencia al incremento en el porcentaje de cesáreas en pacientes multigestas.

Las indicaciones más comunes en nuestro estudio para la decisión quirúrgica es la cesárea previa junto con la DCP no obstante el mayor porcentaje de pacientes fueron operadas con trabajo de parto y aquellas con cesárea primaria fueron previamente sometidas a

prueba de trabajo de parto mediante criterios de selección previamente publicados en la literatura (26-24-44-45-48).

Nosotros observamos un alto número de indicaciones derivadas de aquellas pacientes que fueron sometidas a vigilancia electrónica materno fetal como fue: S.F.A, embarazo prolongado, baja reserva fetal, determinada mediante Test de contracciones por oxitocina.

Lo anterior concuerda con reportes previos que mencionan a los recursos perinatológicos como factores importantes para decidir una operación cesárea (43-49).

El mayor número de cesáreas en nuestro estudio fue de tipo primarias y repetida, lo que está de acuerdo con lo publicado.(26)

La edad gestacional al momento de la cesárea en la mayoría de nuestros pacientes fue de término, siendo el menor porcentaje el embarazo prolongado.

Nuestros datos enfatizan el nivel socio-económico de la población estudiada, el cual es medio alto a sí como a la importancia de la vigilancia prenatal, que

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

en nuestras pacientes es superior al 75%, todo ello se refleja en los resultados obtenidos en cuanto al peso en los productos, el cual fue en más de un 80% en un rango de 3000-4000grs, así mismo la valoración de Apgar fue altamente satisfactoria en la gran mayoría de los casos.

Las complicaciones post-operatorias más comunes reportadas en la literatura no pudimos corroborarlas en este estudio ya que solo encontramos un 16% de complicaciones entre las cuales la anemia fue de un 85% en relación al índice total de complicaciones, dicha complicación solo requirió transfusión en 3 casos, la deciduo endometritis post cesárea solo se presentó en un 1.7% de todos los casos, esto está en contra posición a lo reportado en la literatura mundial (32-33-34 35-39), consideramos que dicha incidencia puede tener explicación en el tipo de población estudiada, al tipo de indicación para la cesárea y al uso de esquemas de antibioterapia terapéuticos en un 98% de nuestras pacientes así mismo al hecho de disponer en el servicio de Ginecoobstetricia con quirófanos exclusivos.

Finalmente la mortalidad materna atribuible al acto operatorio fue nula.

CONCLUSIONES

Del presente estudio podemos concluir la existencia de un incremento notable en el índice de cesáreas como consecuencia de la perinatología.

En nuestro estudio el índice de mortalidad materna es nulo, la morbilidad infecciosa en lo que respecta a la decidua endometritis es baja como consecuencia del uso de esquemas terapéuticos de antibióticos.

El tipo de cesáreas más frecuente es la primaria y la repetida y la edad gestacional al momento de la cesárea en la mayoría de pacientes es de término con producto de peso adecuado en la mayoría de los casos así como con calificación de Apgar adecuada en la mayoría.

Las complicaciones transoperatorias son las mismas que en otros estudios no obstante en nuestro estudio estas no fueron de gravedad.

Así mismo las postoperatorias son significativamente bajas comparadas con otros lugares.

El procedimiento de elección para la anestesia fue el bloqueo peridural.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Amerikia, H. Zarewych, B.; Evans, T.N.: Cesarean Section. A 15 years review of changing incidence, indications and risks. AM. J. Obstet.Gynecol. 140:81. - 1981.
- 2.- Espinosa de los Reyes, V.; Ruiz, V.V.; Saldaña G., - R.: Morbimortalidad materna fetal en 3000 operaciones cesáreas. Gine-Obstet. Méx. 28:613, 1970.
- 3.- Evrard, J.R.; Gold, E.M.; Cahill, T.F. cesarean section. A contemporary assessment. J. Reprod. Med. - 24147, 1970.
- 4.- Chavez, A.I.; Seberon, A.J. Castelaso y A.L.: operación cesárea mortalidad materna. Ginecología y Obstet de México. 28:613, 1970.
- 5.- Kerr, M.V. Meyerscough PR. operation obstetric. london : Bailliere Tirdaki y Cassell, 1971.
- 6.- Eastmad N.S. Willians. Obstetrics. 12Th Edition New York. 1983.
- 7.- Deck A.C.T its Aduantages and Disaduantages on the two fead. Insicion Cesarean Section, with a report. of 83 cases done Bg. Fifteen operators AM. J. OBstat Gynecol. 1921: 1:586.

- 8.- Falls F.A. Holt, CS. Atlas of Obstetric complica -
tion Philadelphia: J.B. Lippincott, 1961.
- 9.- Speert H. OBstetric. and Gynecology In America: -
A History Baltimore; Waverly Press: 1980.
- 10.-Claude. D. Allaines, Historia de la cirugia ler. -
edición Oiko-tav. Edic. 1971.
- 11.-Latzko W. Der. Extraperitoneale Kaiserschnitt. Indi -
kationen. Winklin W. Ochnschr: 1909; 22: 477.
- 12.-Burs.H.T. Latzko Section Cesarean EStraperitoneal -
A.M. J. Obstet. Gynecol 1930;19:759.
- 13.- Norton J.F. Paravesical extraperitoneal Section -
Technique A.M. J. Obstet Gynecol. 1946;51:519.
- 14.- Wathers. E.G. Supravesical, Extraperitoneal, Cesa -
rean Section. A.M. J. Obstet-Gynecol 1940;39:423.
- 15.-Burgeois CA. Phaneuf. L.E. The surgical anatomy -
of Extraperitoneal Section AM. J. Obstet-Gynecol -
1949;57:237.
- 16.-Ricci JV. Marrs. J.P. The Physick-Seilheim principle
of Extraperitoneal Section AM. Surg. 1946;71:3
- 17.-Russell JK. Cesarean section. Br. Med J. 1981;283:
1076.
- 18.-Friedman EA. Labor: clinical evaluation and manage -
ment. 2nd. ed. New York: Appleton Century-Crofts. -
1982.

- 19.- Danforth DN. Cesarea Section Jama, 1985;253:811.
- 20.- National Institutes of Health Consensus Develop -
ment task Force on cesarean childbirth. Am J. -
Obstet-Gynecol 1981;139:902.
- 21.-Mann, L.I.; Gallanta, J.; Modern indications for -
cesárea section. Am. J. Obstet-Gynecol. 135;437:
1979.
- 22.-Placek, Pj, TAffel SM. Trends in cesárea section -
rates for the United States, 1970-78 Public Health
Rep Nov-Dec. 1980;95:540.
- 23.-Departament of Health and Social SErvices. Confiden-
tial in quiriés into maternal deaths in England and
Wales, 1976;1978.
- 24.-Valdéz M.E. Rodríguez, S.J.D.; Ríos, M.F.A. Estado
actual de la cesárea. REvisión de 200 casos, Hospi-
tal de Gineco-Obstetricia No. 4, IMSS. 1980 (Comuni-
cación Personal).
- 25.-Bottoms SF. Rosen MG. Rj. The increase in the cesa -
rean birth rate. N. Engl J. Med 1980;302:559.
- 26.-Karchmer, K.S. Vargas, L.E.; Arao, M.M. Ramirez, S.E.
Operation cesárea. Análisis de 1000 casos Rev. Fac.
Med. 8:239:1966.
- 27.-B.TJ. TJ, Platt. K. Druzin M: Vaginal delivery after
previous cesarean sectionfor a nonrecurrent cause.
AM. Obstret-Gynecol 142;358:1982.
- 28.-Mann LI. Gallant J: Modern indications for cesarean
section. AM J. OBatet-Gynecol 135;437:1979.

- 29.-Placek Pj, Taffel SM, Kleinman JF. trends and variations in cesarean section delivery USDHHS publication No. (PHS) 81.1232. Washington D.C. United States Government Printing Office, December 1980.
- 30.-Anderson GM, Lomas J. Determinants of the increasing cesarean birth rate: Ontario data 1979 to 1982. E. Engls J. Med 1984;311:887.
- 31.-Frigoletto FD, Ryan KJ, Phillippe M. Maternal mortality rate associated with cesarean section: an appraisal. AM. J. Obstet- Gynecol 1980;136:669.
- 32.-Gibbs RS. Clinical risk factors for puerperal infection. Obstet- Gynecol 1980;55 (s): 178.
- 33.-Gibbs RS, Rodgers Pj, Castañeda YS, Ramzy I. Endometritis following vaginal delivery. Obstet-Gynecol - 1980;56:555.
- 34.-Gibbs RS, Jones PM, Wilder Cj. Antibiotic Therapy - of endometritis following cesarean section. Obstet Gynecol 1978;52:31.
- 35.-Filker R, Monif GRC. The significance of temperature during the first 24 hours post-partum. Obstet- - Gynecol 1979;53:358.
- 36.-Cooperman NR, Kasim M, Rajashejariah KR. Clinical - significance of amniotic fluid, amniotic membranes, and endometrial biopsy cultures at the time of cesarean section Am. J. Obstet-Gynecol 1980;137:537.

- 37.-Gassner CB, Ledger WJ: The relationship of hospital acquired maternal infection to invasive intrapartum monitoring techniques. Am J. Obstet-Gynecol 1976;126: 33.
- 38.-Perloe M, Curet LB. The effect of internal fetal monitoring on cesarean section morbidity. Obstet-Gynecol 1979;53:354.
- 39.- Anstey JT, Sheldon GW, Bluthe JG. Infectious morbidity after primary cesarean sections in a private institution. AM N. Obstet 1980;136:205.
- 40.-William JW. A critical analysis of twenty-one years experience with cesarean section. Bull Johns Hopkins Hospital 1921;32:173.
- 41.-Frigoletto FD, Ryan KJ, Philippe M. Maternal mortality rate associated with cesarean section: an appraisal. Am. J. Obstet-Gynecol 1980;136:969.
- 42.-ACOG, Committee on Obstetrics:maternal-fetal medicine Statement on vaginal birth after cesarean (VBAC). Washinton DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.1985.
- 43.-Hawrylyshyn PA, Bernstein P, Papsin FR. Risk Factors associated with infection following cesarean section. AM. J. Obstet-Gynecol 1981;139:294.
- 44.-McGarry JA. The management of patients previously delivered by cesarean section J. OBstet-Gynecol Br. Commonw 1969;76:137.

- 45.-Saldana LR. Schulman H. Reuss L. Management of pregnancy after cesarean section AM. J. Obstet-Gynecol 1979;135:555.
- 46.-Benadetti TJ. Platt L, Druzin M. Vaginal delivery - after previous cesarean section for nonrecurrent cause. AM. J. Ostet-Gynecol 1982;142:3581.
- 47.-Demianczuk NN. Hunter DJS Taylor DW Trial of labor - after previous cesarean section; prognostic indicators of outcome. AM. J. Obstet-Gynecol 1982;142:640.
- 48.-Meier PR. Porreco RP. Trial of labor following cesarean section: a two year experience AM. J. Obstet-Gynecol 1982;144:671.
- 49.-Horesnstein JM. Eglinton Cs. Oxytocin use during a trial of labor in patients with previous cesarean section J. Reprod Med 1984;29:26.