

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Hospital General FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
ISSSTE

21
2e;

CESAREA

Indicaciones - Complicaciones y Morbilidad
y Mortalidad Materno - Fetal

TESIS DE POSTGRADO

Para Obtener el Título de
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. MARICELA CAMPOS GAMA

Asesor: DR. MAURICIO R. GUTIERREZ CASTAÑEDA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1993





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

	PAGS.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS.....	4
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS.....	8
GRAFICAS.....	19
DISCUSION.....	28
CONCLUSIONES.....	31
BIBLIOGRAFIA	32

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

A través de la historia el origen de la operación cesárea no esta aún bien determinado. La primera persona que registró el uso de la palabra operación cesárea fué; Jacques Guillimeau, en 1598 Los equivalentes latinos de cesárea (caesaru), y sección (seco), significan ambos corte, y su uso combinado puede ser una redundancia, por tanto es mejor utilizar la denominación "nacimiento por cesárea", que el de "sección cesárea".

Hay tres períodos básicos en la historia de nacimientos por cesárea; el primero antes del año 1500, basado en actos misteriosos y lleno de mitos, se habla sobre los dioses Esculapio y Baco que debieron su nacimiento a esta operación en cuyos casos los cirujanos fueron Apolo y Júpiter respectivamente. El segundo período va del año 1500 a 1876, que refieren la primera operación registrada en una mujer viva y el primer libro que apoyo el uso de este tipo de operación en dichas pacientes fué Francis Rousset en 1582. El primer caso comprobado de nacimiento por cesárea en una mujer viva fué realizado por Trautmann, el 21 de abril de 1610, muriendo la paciente 25 días despues por infección.

Durante esta época la operación era muy burda, no contando se con anestesia, por lo que se mantenía sujetas a las pacientes realizándose una incisión, en el abdomen por fuera de los músculos rectos, protegiéndose la vejiga y extrayendo al niño del costado de la madre, la incisión longitudinal del útero se dejaba abierta, colocándose una infusión de hierbas y una cánula para -

drenar los lóquios a la vagina, cerrando la incisión abdominal - con puntos burdos.

La primera operación cesárea profesional en Estados Unidos refieren el crédito al Dr. Bennett, de Frankfort, Pennsylvania, el cual estudió en la Universidad del mismo lugar, y se --- trasladado al Valle de Virginia a ejercer la medicina, refieren -- que su esposa se encontraba en trabajo de parto no pudiéndose re solver por vía vaginal, a lo cual le realizó cesárea en 1794, so breviviendo madre e hijo.

El tercer período se inicia en 1876, y alcanzó el desarro llo y refinamiento de la técnica moderna por el trabajo de Porro y Sanger. La operación de Porro consistía en cesárea seguida de hysterectomía subtotal y ooforectomía bilateral. El Dr. Horatio Storer, de Boston fué el primero en hacer la operación de Porro en 1869, por lo tanto, Porro no fué el primero en hacer la operaci ón que lleva su nombre, sino ,más bien el primero en obtener-- buenos resultados con ella. En 1861 Harris señaló las siguientes razones para disminuir la mortalidad materna; en primer lugar - la operación se había vuelto electiva, en segundo la antisepsia- rígida y el no retornar el muñón uterino al abdómen producían me nos infecciones; en tercer lugar el control de la hemorragia se controlaba extrayendo el útero del abdómen, antes de incidirlo-- y posteriormente lavando toda la sangre de la cavidad abdominal, disminuyendo los casos de fiebre y la mortalidad.

Max Sanger (1853-1903), médico alemán fué el que revolucio- no la obstetrícia, realizando una técnica de cesárea conservado- ra en la que los órganos reproductivos volvían a su estado origi-

nal. El primero en utilizar la operación de Sanger fué G. Leopold de Leipzig, en 1882, operando a una paciente por pelvis estrecha sobreviviendo madre e hijo. Leopold recomendó se disminuyera al mínimo la exploración vaginal y se desinfectarían los órganos internos y externos y que la cesárea debería realizarse al final de la primera etapa del trabajo de parto y que los ayudantes deberían ser individuos confiables que conocieran los pasos de la operación, indicó que la incisión uterina debe hacerse en el sitio de reflexión del peritoneo vesical y prolongarse de ser necesario hasta el fondo. La modificación de Leopold de la técnica original de Sanger, fué aprobada por este cuando se presentó en la reunión de la sociedad ginecológica alemana en 1886.

Esta técnica fué uno de los más grandes avances en la operación cesárea.

O B J E T I V O S .

- 1.- Conocer la incidencia de operación cesárea en el Hospital Fernando Quiróz Gutiérrez del I.S.S.S.T.E.
- 2.- Determinar la indicación más frecuente de la operación cesárea.
- 3.- Saber cual fué la morbilidad más frecuente asociada a la práctica de operación cesárea en la mujer gestante.
- 4.- Conocer la existencia y causa de mortalidad materna por la operación cesárea.
- 5.- Saber la existencia y causa de morbilidad y mortalidad fetal, por la operación cesárea.

M A T E R I A L Y M E T O D O S .

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Fernando Quiróz Gutiérrez del ISSSTE, se realizó un estudio de investigación clínico tipo, observacional, longitudinal, prospectivo, descriptivo y abierto, durante el período comprendido entre el 10 de Marzo de 1991 al 31 de Marzo de 1992, se incluyeron todas las pacientes derechohabientes y no derechohabientes embarazadas sin importar la edad gestacional, sometidas a operación cesárea, siendo excluidas las pacientes con expediente clínico completo o trasladadas de otra Unidad Médica en el período quirúrgico inmediato.

En el período estudiado se atendieron en el servicio de Labor del Hospital Fernando Quiróz Gutiérrez un número total de 1185 eventos obstétricos, correspondiendo a Eutocias 590 (49.7%), aplicación de Fórceps 5 (0.4%) y operaciones cesáreas 595 (50.2%).

En éste estudio de investigación contribuyeron para su realización el personal de Médicos Adscritos del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Radiología, Médicos Residentes de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Radiología, Enfermeras de Labor, Pediatría y quirófano, Técnicos laboratoristas, personal de Bioestadística y Archivo Clínico. Se utilizó como recurso físico el aparato de Ultrasonido, Tococardiógrafo, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), equipo y material quirúrgico adecuado.

Las pacientes desde su ingreso al servicio de Labor un seguimiento con las siguientes variables:

- Edad de la paciente.
- Días estancia hospitalaria.
- Antecedentes obstétricos.
- Edad Gestacional en semanas.
- Manejo a su ingreso a labor.
- Indicación o indicaciones de operación cesárea.
- Tipo de procedimiento anestésico utilizado.

-Complicaciones Tranquirúrgicas:

Hemorragicas.- incluyéndose atonía uterina desgarros uterinos, retención placentaria, lesiones del aparato urinario, hematomas uterinos, lesiones intestinales, problemas ginecológicos agregados no anticipados(tumoraciones de genitales internos).

-Complicaciones Postquirúrgicas:

Infecciosas: decíduomietritis, absceso de pared, peritonales, vías urinarias.

- Mortalidad materna.

Se estudiaron las siguientes variables en los recién nacidos obtenidos por operación cesárea:

- Días estancia hospitalaria.
- Diagnóstico al nacimiento.
- Apgar al nacimiento, 5 y 10 minutos.
- Si se utilizaron maniobras de reanimación neonatal.
- Pacientes que ameritaron manejo en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

- Mortalidad neonatal.

Todos éstos datos fueron captados mediante una hoja de recolección de datos así como el seguimiento del recién nacido que fue ingresado al servicio de Unidad de cuidados Intensivos hasta su egreso del mismo.

R E S U L T A D O S .

En el período en estudio se realizaron 595 operaciones cesárea en el área de Labor del servicio de Ginecología y Obstetricia, no se excluyó ninguna paciente analizadas debido a que se contó con expedientes clínicos completos.

En el año de 1987 la incidencia de operación cesárea fue de 553 en un año y en 1991 fué de 559 , no teniendo esto un aumento considerable.

EDAD:

La edad de las pacientes fluctuó entre 14 y 40 años, se encontró mayor incidencia de operación cesárea en el grupo de los 25 a 29 años con 192 pacientes (32.2 %), siguiéndole el grupo de edad comprendido de 30-a 34 años con 175 pacientes (29.4%). Gráfica No. I.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD:

EDAD	PACIENTES	Porcentaje
- 14	2	0.33%
15 a 19	37	6.21%
20 a 24	123	20.67%
25 a 29	192	32.26%
30 a 34	175	29.4 %
35 a 40	48	8.06%
+ de 40	18	3.02%
	595	99.9 %

GESTACIONES:

La operación cesárea en relación a gestaciones se encontró una mayor incidencia en el grupo de secundigestas con 205 pacientes (34.4%), siguiendoles las primíparas con 183 pacientes (30.7%), siendo mínima en multigestas con 25 pacientes (4,2%). Gráfica No II.

EN RELACION A GESTACIONES:

GESTACIONES	PACIENTES	PORCENTAJE
I	183	30.7 %
II	205	34.4 %
III	129	21.6 %
IV	53	8.9 %
+ IV	25	4.2 %
	595	99.8 %

PARIDAD:

La mayor incidencia de operación cesárea en pacientes de acuerdo a su paridad fué en nulíparas con 396 (66.5%), siendo mínima en múltiparas con 6 pacientes (1%).

Gráfica No. III.

EN RELACION A PARIDAD:

GESTACIONES	PACIENTES	PORCENTAJE
0	396	66.5 %
I	109	18.3 %
II	55	9.2 %
III	21	3.5 %
IV	8	1.3 %
+ IV	6	1.0 %
	595	98.8 %

CESAREAS ANTERIORES:

La incidencia de operación cesárea en pacientes con antecedente de cesárea previa se encontró en 266 pacientes (44.6 %), correspondiendo a una cesárea previa a 193 pacientes (32.4%), y con 2 cesáreas previas a 67 pacientes (11.2%). probablemente debido a un mejor control de la fertilidad esta mínima incidencia. Gráfica No. IV.

RELACION A CESAREAS ANTERIORES :

CESAREAS	PACIENTES	PORCENTAJE
I	193	32.4 %
II	67	11.2 %
III	6	1.0 %
IV	0	--- %
	266	44.6 %

EDAD GESTACIONAL:

La edad gestacional fluctuó entre 29 a mas de 41 semanas de gestación, siendo la mayor incidencia entre 37 y 40 semanas con 447 pacientes (75.1 %), probablemente debido ésto al oportuno tratamiento con uteroinhibición en amenazas de parto pretérmino por el servicio de perinatología en conjunto con el servicio de ultrasonografía para corroborar edad gestacional. Grafica No. V.

EN RELACION A EDAD GESTACIONAL:

SEMANAS	PACIENTES	PORCENTAJE
29-32	28	4.7 %
33-36	82	13.7 %
37-40	447	75.1 %
+ 41	38	6.4 %
	595	99.9 %

En necesario decir que la mayor incidencia de operación cesárea ocurrió en pacientes que se encontraban con trabajo de parto espontáneo, a pesar de encontrarse con cesárea anterior, permitiéndoseles llegar a término, excepto en pacientes con antecedentes de dos o tres cesáreas previas. Gráfica No. VI.

MOMENTO DE LA CIRUGIA:

TRABAJO DE PARTO	PACIENTES	PORCENTAJE
SI	456	76.6 %
NO	139	23.3 %
	595	99.9 %

PROCEDIMIENTO ANESTESICO:

El bloqueo peridural sigue siendo el método anésteico ideal, ya que la dosis de anestésicos requerida es mínima durante el embarazo, esto a nivel de T4 a T6 mejorando el bienestar de la paciente durante la cesárea, en comparación con anestesia general la cual unicamente fué utilizada en casos de urgencia como desprendimiento de placenta normoinsera, bloqueo peridural fallido y Eclampsia. Gráfica No VII.

PROCEDIMIENTO ANESTESICO:

ANESTESIA	NO. CASOS	PORCENTAJE
BLOQUEO PERIDURAL	567	95.2 %
GENERAL	18	3.02%
AMBOS	10	1.68%
	595	99.9 %

DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA:

Los días de estancia hospitalaria de las pacientes sometidas a operación cesárea fluctuó entre 1 a 5 días hasta mas de 21 días, observándose que las pacientes permanecen en su mayoría de 1-5 días , siendo unicamente las pacientes complicadas o antecedente de embarazo complicado las que permanecieron hasta un máximo de 21 días intrahospitalarios. Gráfica No. VIII.

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

DIAS	PACIENTES	PORCENTAJE
1-5	585	98.3 %
6-10	5	0.8 %
11-15	2	0.3 %
16-20	3	0.5 %.
	595	99.9 %

INDICACIONES MAS FRECUENTES DE CESAREA:

Las indicaciones más frecuentes de operación cesárea correspondió a Indicaciones Maternas con un total de 220 pacientes (37.0 %), siendo la más frecuente la Cesárea Anterior con 123 pacientes (20.6%), debido ésto a que contamos con un servicio de perinatología que controla el embarazo de alto riesgo o embarazo complicado como Diabetes Gestacional, Enfermedad hipertensiva agregada al embarazo, antecedentes de esterilidad e infertilidad en primigestas añosas, miomatosis Uterina, Lupus eritematoso diseminado (LES), etc.

A las indicaciones Materno-Fetales correspondieron 195 pacientes (32.7%), siendo la más frecuente la desproporción cefalopélvica con 140 pacientes (23.5 %).

Y de las indicaciones fetales correspondieron a 180 pacientes (30.2%), siendo la mas frecuente el sufrimiento fetal agudo con 109 pacientes (18.3%).

En forma global, las indicaciones mas frecuentes de operación cesárea correspondieron a los primeros 5 lugares como sigue: Desproporción Cefalopélvica (DCP) con (23.5%) Cesárea Previa (20.6%), Sufrimiento Fetal Agudo con (18.3%), Enfermedad Hipertensiva del Embarazo con (11.7%), Presentación Pélvica (6.2 %), Embarazo Pretérmino con (4.7%), y Ruptura Prematura de Membranas (4.7%).

En cuanto a las indicaciones que motivaron la operación cesárea el 34.9 % correspondió a una sola indicación (207, pacientes), y a más dos indicaciones 65.1%, (388 pacientes).

INDICACIONES FETALES

INDICACIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
S.F.A.	109	18.3
PRESENTACION PELVICA	37	6.2 %
PRETERMINO	28	4.7 %
OLIGOHIDRAMNIOS	4	0.9 %
EMBARAZO MULTIPLE	2	0.3 %
SITUACION ANOMALA	4	0.0 %
	180	30.1 %

INDICACIONES MATERNO FETALES

INDICACIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
D.C.P.	140	23.5 %
R.P.M.	28	4.7 %
PARTO PROLONGADO	15	2.5 %
PLACENTA PREVIA	6	1.0 %
D.P.N.N.I.	6	1.0 %
	195	32.7 %

INDICACIONES MAS FRECUENTES

INDICACIONES	No. CASOS	PORCENTAJE
D.C.P.	140	23.5 %
CESAREA PREVIA	123	20.6 %
S.F.A	109	18.3 %
PREECLAPMSIA	70	11.7
PRESENTACION PELVICA	37	6.2
PRETERMINO	28	4.7

GRAFICA No. IX.

EL tipo de insición uterina que se realizó en la operación cesárea fué la del tipo kerr, la cual unicamente fué ampliada en extracciones de recién nacidos pretérmino para evitar el menor traumatismo posible, obteniéndose buenos resultados maternos y fetales.

FRECUCENCIA DE INDICACIONES:

MATERNAS	220	37,0 %
MATERNO FETALES	195	32.7 %
FETALES	180	30.2 %
	595	99.9 %

INDICACIONES MATERNAS:

INDICACION	No. CASOS	PORCENTAJE
CEGAREA PREVIA	123	20.6 %
PREECLAPMSIA	70	11.7 %
DIABETES GESTACIONAL	9	1.5 %
EDAD MATERNA	8	1.3 %
DISTOCIA DE PARTES BLANDAS	5	0.8 %
OTROS	5	0.7 %
	220	36.6 %

COMPLICACIONES:

Dentro de las complicaciones más frecuentes que se encontraron en nuestra unidad hospitalaria por operación cesárea fué el proceso infeccioso a nivel de pared abdominal con 5 pacientes (0.8 %), las cuales por lo tanto se mantuvieron con largo tiempo de internamiento hasta su recuperación total, prosiguiendo en orden la atonía uterina con hemorragia intensa que fué necesario histerectomía obstétrica en 2 pacientes (0.33 %), posteriormente con proceso infeccioso en cavidad uterina por deciduomimetritis en 2 pacientes (0.33%) y unicamete y como complicación inesperada transoperatoria durante la cesárea se encontró 1 paciente con absceso apendicular (0.16%) y 1 paciente con tumoración de ovario (Cistadenofibroma) , (0.33%). No se observaron mas complicaciones debidas a protocolo de manejo prequirúrgico adecuado y transquirúrgico con buena tecnica operatoria,

COMPLICACIONES ASOCIADAS A CESAREA:

ABCESO DE PARED	5	0.8 %
ATONIA UTERINA	2	0.33%
DECIDUOMIOMETRITIS	2	0.33%
	10	1.46%

COMPLICACIONES INESPERADAS TRANOPERATORIA:

ABSCESO APENDICULAR	1	0.16 %
TUMOR DE OVARIO CISTADENOFIBROMA)	1	0.16 %
	2	0.32 %

En relación a la mortalidad materna secundaria a operación Cesárea, no se presentó a pesar de presentar complicaciones tranquirúgicas y postquirúgicas, las cuales fueron en muy bajo porcentaje, en el Hospital Fernando Quiróz Gutiérrez.

MUERTES MATERNAS

No. DE CASOS	CAUSA	PORCENTAJE
0	NINGUNA	0%

MORBILIDAD Y MORTALIDAD FETAL.

De los 595 eventos obstétricos por operación cesárea en nuestra unidad hospitalaria Fernando Quiróz Gutiérrez se obtuvieron 84 recién nacidos que ingresaron a UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), de los cuales correspondieron al (14.14 %) de Recién Nacidos Sanos, de los cuales la mayor causa de ingreso fué prematuridad 28 (4.7 %), Hipoxia clasificada en leve, moderada y severa con 26 (4.3 %), Sufrimiento fetal agudo 30 (5%). De estos recién nacidos que fueron trasladados a UCIN 17 pacientes fallecieron (2.8 %), debido a prematuridad 15 de ellos (2.5%) y 2 a barotrauma (0.33%).

Los días estancia fluctuaron en el servicio de UCIN desde 1-5 días hasta máximo 48 días, observando que en su mayoría permanecieron entre 6 y 10 días.

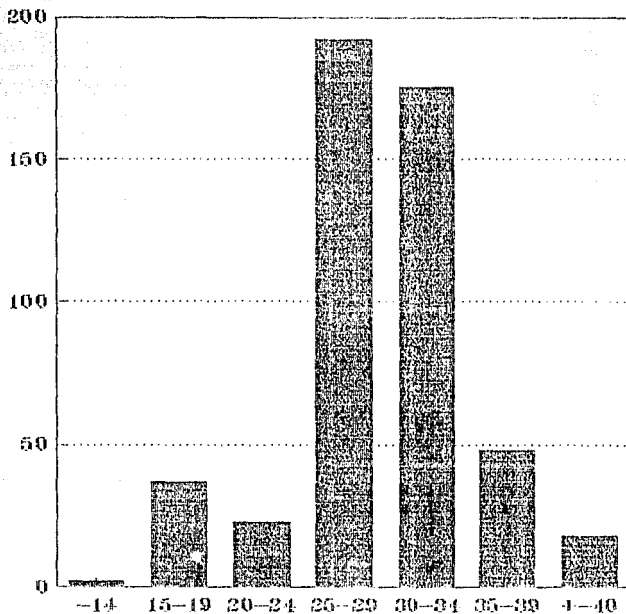
MOBILIDAD FETAL:

CAUSA	RECIENTE NACIDOS UCIN	%
S.F.A.	30	5.0 %
PREMATUREZ	28	4.7 %
HIPOXIA NEONATAL	26	4.3 %
	84	14.0 %

MORTALIDAD FETAL:

CAUSA	No. CASOS	%
PREMATUREZ	15	2.5 %
BAROTRAUMA	2	0.3 %
	17	2.8 %

OPERACION CESAREA. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

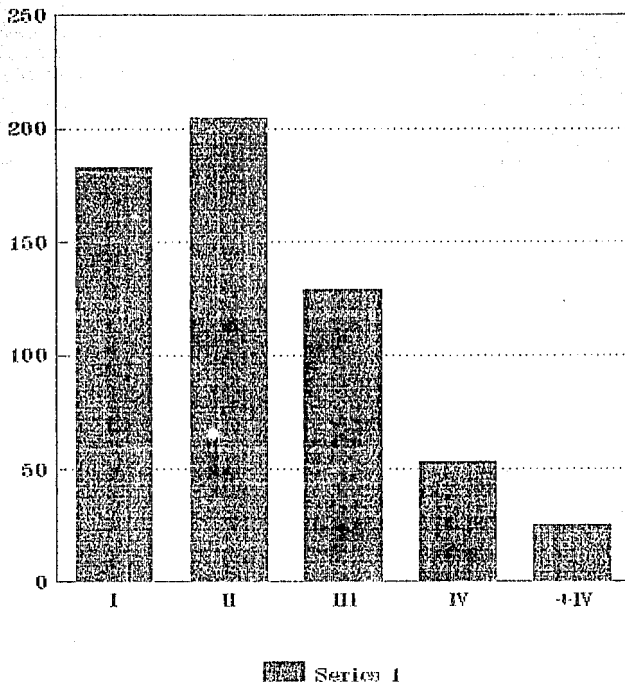


Series 1

HOSPITAL FERNANDO QUIROZ G.

GRAFICA No I.

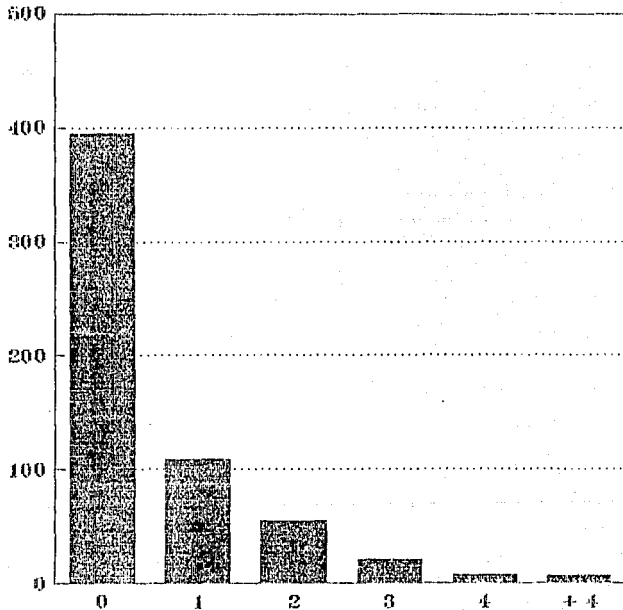
OPERACION CESAREA EN RELACION A GESTACIONES



HOSPITAL FERNANDO QUIROZ G.

GRAFICA No II.

OPERACION CESAREA CESAREA EN RELACION A PARIDAD

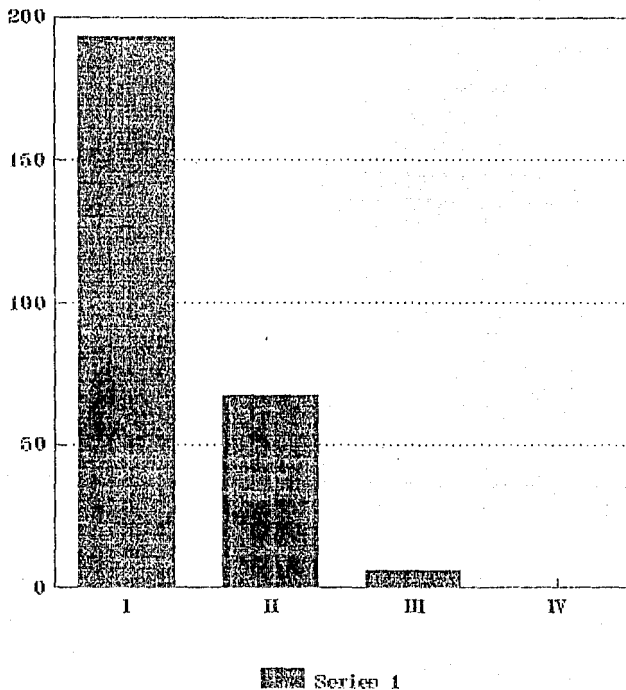


Series 1

HOSPITAL FERNANDO QUIROZ G.

GRAFICA No. III.

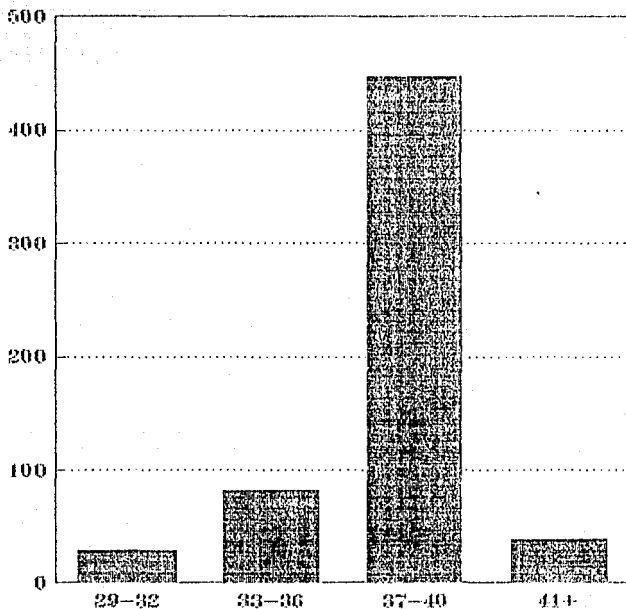
OPERACION CESAREA RELACION A CESARAS ANTERIORES



GRAFICA NO. IV.

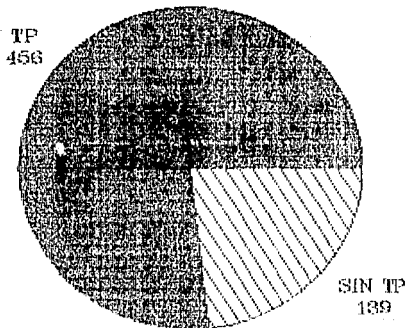
HOSPITAL FERNANDO QUIROZ G.

OPERACION CESAREA EN GRUPOS DE EDAD GESTACIONAL

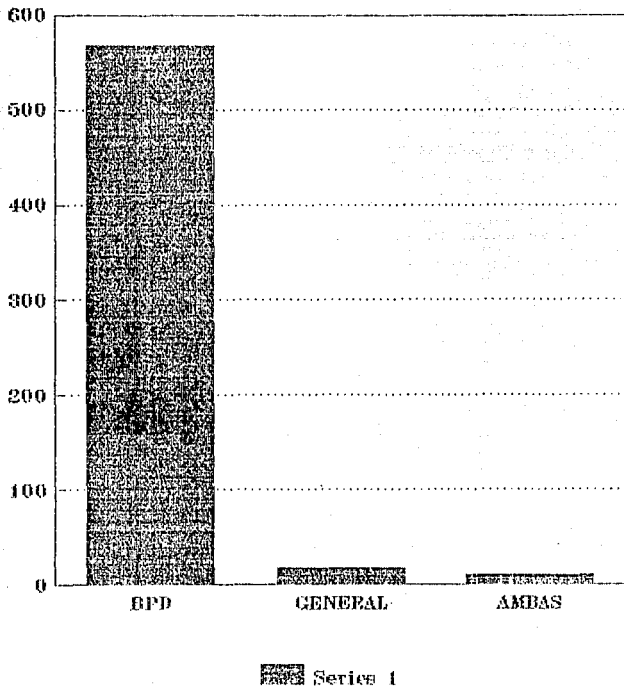


Series 1

OPERACION CESAREA CON Y SIN TRABAJO DE PARTO



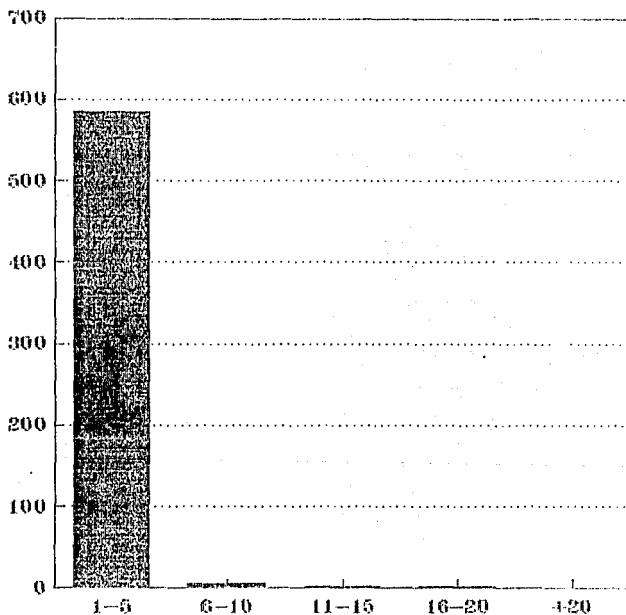
OPERACION CESAREA PROCEDIMIENTO ANESTESICO



HOSPITAL FERNANDO QUIROZ G.

GRAFICA NO VII.

OPERACION CESAREA RELACION A DIAS HOSPITALARIOS

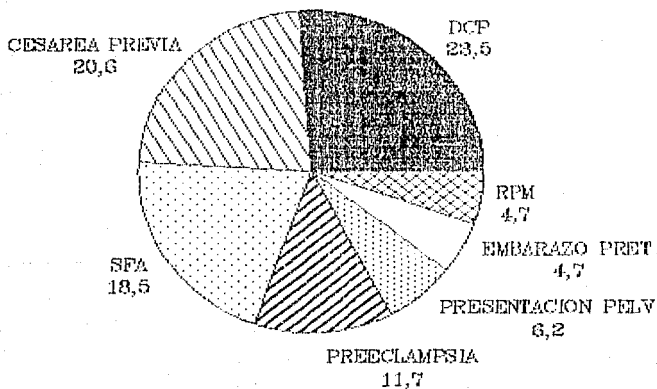


 Series 1

HOSPITAL FERNANDO QUIROZ G.

GRAFICA No. VIII.

OPERACION CESAREA INDICACIONES MAS FRECUENTES. PORCENTAJES



D I S C U S I O N .

En el período de tiempo comprendido entre 1987 y 1991 la frecuencia de operación cesárea, no ha tenido un incremento como el esperado, unicamente la diferencia de 42 pacientes más, (7.5%) en la Unidad Hospitalaria Fernando Quiróz Gutierrez. A pesar de contar con el servicio de Perinatología, con el cual sabemos con tribuye a incrementar la incidencia de la operación cesárea, debido al manejo de embarazos de alto riesgo, teniendo como resolu ción obstetrica final, la utilización de ésta.

La operación cesárea, se practica con mayor frecuencia den tro del grupo de edad de 26 a 29 años, esto debido probablemente a un mejor control de la fertilidad, debido a que hoy en día la mujer se preocupa, por ser productiva laboralmente.

En forma global podemos mencionar, que la incidencia de la operación cesárea, en nuestro hospital es elevada, correspondien do de todos los eventos obstétricos al 50.2%.

Se observó que la cesárea fué realizada con mayor frecuencia en secundigestas nulíparas, con antecedente de cesárea pre via, el incremento de esta intervención quirúrgica se inicia des de hace tres años, gracias a la aparición de nuevos métodos de diagnóstico obstétrico (tococardiógrafo, equipo de ultrasonogra fía, laboratorios, etc.), así mismo la mayor incidencia de la operación cesárea, se encontró entre las 37-40 semanas de gesta ción correspondiendo éstos a un embarazo de término, ya que se llevaron a cabo en forma importante evitar por medio de la ute-

ro inhibición y su protocolo de manejo obtener productos de la -
gestación en mejores condiciones, consecuentemente disminución -
de la morbilidad y mortalidad perinatal.

Se obtiene un beneficio significativo permitir se inicie -
el trabajo de parto en pacientes a quienes se realizará opera --
ción cesárea, aún cuando esta sea electiva, ya que los beneficios
obtenidos en el producto ocurren a nivel pulmonar, disminuyendo
el síndrome de sufrimiento respiratorio, sabiéndose ya que el --
stress producido en el feto por el mismo, estimula el fosfatidil
inositol y fosfatidil glicerol, asegurando la madurez pulmonar.

La indicación de la operación cesárea en nuestro estudio
fué por cesárea previa más desproporción cefalopélvica, reali--
zándose su diagnóstico de este último, por personal médico del-
servicio de labor contribuyendo a esto probablemente a una mala-
valoración pélvica, lo cual se refleja en el incremento de la o-
peración cesárea.

Las únicas complicaciones encontradas en este estudio de -
investigación fuerón ; el absceso de pared, hemorragia por ato-
nía uterina y hallazgos inesperados (absceso apendicular y tu-
mor de ovario), los cuales consideramos mínimos por el protoco-
lo de manejo preoperatorio y técnicas quirúrgicas adecuadas, em-
pleadas en la operación cesárea en el Hospital Fernando Quiroz G
Consecuentemente no tuvimos mortalidad materna.

En lo que se refiere a la morbilidad del recién nacido ob-
tenido por operación cesárea, encontramos que la mayor inciden-
cia correspondió a sufrimiento fetal agudo, prematuz e hipoxia
neonatal, requiriendo del manejo de la Unidad de Cuidados Inten-
sivos Neonatales, un total de 84 pacientes (14.0%), teniendo co-

mo promedio de estancia hospitalaria de 6-10 días. La muerte - perinatal ocurrió únicamente en 17 pacientes (2.8%), correspondiendo a prematuridad como primera causa con un total de 15 - pacientes y a barotrauma 2 pacientes (0.3%).

El resultado de la morbilidad y mortalidad perinatal con sideramos es baja, en relación a la frecuencia de la operación cesárea en el Hospital Fernando Quiróz Gutiérrez.

C O N C L U S I O N E S .

- 1.- La incidencia de operación cesárea en el Hospital Fernando Quiróz Gutiérrez es del 50.2 % en relación al total de eventos obstétricos ocurridos durante un año.
- 2.- La indicación más frecuente de operación cesárea correspondió a desproporción cefalopélvica en el 23.5% de las pacientes.
- 3.- La morbilidad materna secundaria a operación cesárea correspondió a procesos infecciosos agregados cinco pacientes con absceso de pared y dos pacientes con deciduomiotritis.
- 4.- En relación a la mortalidad materna de operación Cesárea no se presentó en el Hospital Fernando Quiróz Gutiérrez debido a que se cuenta con personal médico capacitado quirúrgicamente con resolución del problema que pueda presentarse y resolución conservadora.
- 5.- La morbilidad fetal correspondió en el siguiente orden: sufrimiento fetal agudo 5%, prematuridad 4.7% e Hipoxia neonatal al 4.3 %.
- 6.- La mortalidad fetal correspondió a un total de 17 pacientes de los cuales la prematuridad fue la mayor causa con 15 pacientes (2,5%) y a barotrauma a 2 pacientes (0.3%).

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Danfort n. ; Cesarean Section ; JAMA:1985; 253 811-818.
- 2.-Te Linde Richard W. Operación Cesarea 1976.
- 3.-Ginecología y Obstetricia.TemasActuales. Vol. 4
Cesárea. 1988.
- 4.-Schartwatnachaic. Linasmita V. Chaturachinda K.;J. Gyneacol
Obstet: 1991 Nov 36 (3) ;pag 186-6. Obstetric Histerectomy.
- 5.-Hagglund L. Christensen K., Kristensen P.,Kamme C.,
Risk factors in Cesarean Section Infection; Obstet-Gynecol;
1983;62:145-150.
- 6.- Walss Rodriguez R.J. , Rocha Avila L.C. DEciduomiometritis
Puerperal, importancia de la dilatacion cervical mecánica.
Sept 1990 58 Pag 270-273. 17 ref. Ginecología y Obstetri-
cia de México.
- 7.- Ahued Ahued Jr. Ginecología y Obstetricia de México.
Cesárea Histerectomía. Hospital 20 de Noviembre México D.F.
Febrero 1987 55 pag 47-52. Instituto del ISSSTE.
- 8.- Segura Roldan, Ma. Perez Cerpa, R. Ahued Ahued. Hemorragia
Peri-Intraventricular en Neonatos de pretérmino con peso
inferior a 1000grs. y posible relación con vía de nacimien-
to. Ginecología y Obstetricia de México Agosto 1989 57 pag.,
209-213. Hospital 20 de Noviembre.
- 9.- Zaldivar Neal A G , Kabley Ambe A. Factores de Riesgo en
infección postcesárea. Jul-Sept 1989 3 (3) pag 134-142.
INPER D.F. Instituto de Perinatología y reproducción Huma-
na.
- 10.-Ralph C.Benson . Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétri-
cos . Pag 945-965 1979.
- 11.- Rev. Infect-Dis 1991 Sep-Oct 13 suppl 10. Autor;Hemsell
D.L. Profhylactic Antibiotics in Gynecology and Obste-
tric surgery.
- 12.- Walss Rodríguez , R, González Márquez,J.A. Fonseca S.J.
Antibioticoterapia en Endometritis Postcesárea, compara-
ción de esquema Ampicilina-Gentamicina, Ampicilina - Metro-
nidazol. Gaceta Médica México. Marzo-Abril 1990 126 (2),
pag 102-107.
- 13.-Procedimientos en Obstetricia. Hospital Luis castelazo A.
1988. Pags 518-532. Cesárea.
- 14.- Moir D.; Maternal Mortality and anesthesia; Br.J. Anaesth
1980. 52 1-3.

- 15.-Williams H. Pritchard B.; Obstetricia;Editorial salvat, 1980, pages 888-906.
- 16.-Clark S., Yeh S., Phelan J., Bruce S., Paul R.; Emergency Hysterectomy for Obstetric Hemorrhage; Obstet Gynecol; 1984 ; : 64: 376-380.
- 17.- Hurry D., Larsen B., Charles D., ; Effects of Postcesarean Section febrile morbidityon subsequent fertility; Obst - Ginecol;1984;256-260.
- 18.- Gilstrap L. Haut J., Toussaint S.; Cesarean section - changing incidence and indications; Obstet, Gynecol;1984 63; 205-208.
- 19.- Hemsell DL . Prophylactic antibiotics in gynecologic and obstetric surgery. Rev.-Infect-Dis; 1991 Sep-Oct; 13 Suppl 10; P S821-41.
- 20.- Farmer R M; KirschbaumT; Potter D;Strong TH; Madearis AL Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. Am-J-Obstet-Gynecol;1991 Oct; 165(4 Pt 1); P 996 to 1001.
- 21.- McCloskey L; Petitti DB; HobelC J. Variations in the use of cesarean delivery for dystocia; lesson about the source of care. Med- Care; 1992 Feb;30 (2); P 126-35.
- 22.- Gonik B; ShannonRL; Shawar R; Costner M;Seibel M. Wy patients fail,antibiotic prophylaxis at cesarean deli- very; histologic evidence for incipient infection. Obstet-Gynecol;1992 Feb;79 (2); P 179-84.