

11217  
102



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
H.G. DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO  
I. S. S. S. T. E.

REJ

CESAREA DE BAJO RIESGO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. JORGE OLIVARES VELAZQUEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1995



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.

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

H.G. DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO

I. S. S. S. T. E.

102  
2E3

# CESAREA DE BAJO RIESGO

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA,

P R E S E N T A :

DR. JORGE OLIVARES VELAZQUEZ

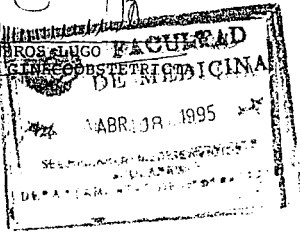


ISSSTE

MEXICO, D. F.

1995

DR. JORGE HUGO CISNEROS LUGO FACULTAD  
COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DE MEDICINA



DRA. MARTHA GABRIELA GARCIA SANDOVAL  
ASESOR DE TESIS

DR. JOSE LUIS FERNANDEZ FERNANDEZ  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

**SECRETARIA GENERAL**  
**HOSPITAL GENERAL**  
**DR. DARIO FERNANDEZ**

**S. S. S. T. E.**  
**SUBDIRECCION GRAL. MEDICA**  
**RECIBIDO**  
**NOV. 18 1994**  
**RECIBIDO**  
**DEPARTAMENTO DE LOS SERVICIOS DE**  
**ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

# I N D I C E

	PAGINAS
DEDICATORIAS	
ABSTRACT	
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
HISTORIA	2
ANTECEDENTES Y SITUACION ACTUAL	8
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y METODO	16
RESULTADOS	18
DISCUSION	21
CONCLUSIONES	22-A

## A N E X O S

	PAGINAS
CUADRO 1	23
CUADRO 2	24
CUADRO 3	25
CUADRO 4	26
CUADRO 5	27
CUADRO 6	28
CUADRO 7	29
CUADRO 8	30
CUADRO 9	31
CUADRO 10	32
CUADRO 11	33
CUADRO 12	34
CUADRO 13	34
CUADRO 14	35
CUADRO 15	35
BIBLIOGRAFIA	36

## DEDICATORIAS

A mis padres:

Que me dieron el ser,  
y que estoy seguro siempre  
me apoyarían en todo.

A mis tíos y abuela:

Que gracias a ellos no podría  
haber llegado al final de  
esta meta.

A mi esposa e hijos:

Por haber soportado no  
prestarle la debida  
atención que se  
merecen.

A mis hermanos:

Por el apoyo brindado  
desde mi infancia.

A mi asesor:

Por la confianza brindada  
y la enseñanza adquirida  
de su experiencia.



## A B S T R A C T

The cesarean, which index in the actuality is superior - than 20% and can attribute principality at the major security of the operation not only at advance of the anesthesia, to -- the antibiotics and sanguine product, if not too at obstetra wish to realize a childbirth with the less injury possible for the born, is need classify in the title of low risk, at that - patient in that the indication, of the interruption of the - - pregnancy by abdomen way and that be identify and that not put in risk the benomid maternal foetal.

The objetive of our study, was identeify that patient - with the consequent diminution of the days of estate hospita-- ble.

Our study of character observation and descriptive in - the service of Gynecology and Obstetrics from the Hospital - - "Dr. Darío Fernández Fierro" to I.S.S.T.E., by day 10. of ju ne to 30 of september of 1994, it take 75 patients choices of 310, and that cumply with the request to inclusion and exclu-- sion.

To evaluate frequency by ages, relation to the parity, - age of the pregnancy, intication of the cesarean, sex of the - born, wight and apgar to the same, the characters of amniotic liquid, volume to loss blood discovery surgical, complications,

antibiotics used and realization to O.T.B., days of stanza - hospitable and process anesthesia used.

The result was the next: as too the age maternal the average was to 26 years, major porcentage was in the first pregnan cy, the age of the pregnancy 38 weeks, the indication of the - cesarean, the cephalopelvic disproportion principally, major -- predominante to born of masculine sex, major porcentage with - weight between 2500 and 3499g, and classify with apgar 8-9 in major porcentage, so amniotic liquid normal.

Observation important was the discovery-quirurgics trans- operatics to in the study predominance the uterine miomatosis, to loss blood in average 300 ml, to compare with a vaginal. - Childbith, the complicate that it present and to was so low - porcentage, it was not properly of the surgery, if not later - al the same except two (with blood), the middle days of intern ment later to the surgery was three y blecked peridural in all ours patients.

We can conclude that the patient classify adecuately in - the heading to low risk can be graduate in completion to - - lesser time compared to the time in that nowadays in discharge certificate the same in our unity, whit the consequent bene- - ffit to type economic and material by the Institution.

## R E S U M E N

La cesárea, cuyo índice en la actualidad es superior al 20%, y que puede atribuirse principalmente a la mayor seguridad de la operación debida no solo al avance en la anestesia, a los antibióticos y productos sanguíneos, sino también al deseo del obstetra de realizar un parto con el menor daño posible para el recién nacido, es necesario clasificarla en el rubro de bajo riesgo, a aquellas pacientes en que la indicación de la interrupción del embarazo por vía abdominal sea plenamente identificada y que no ponga en riesgo al binomio materno fetal.

El objetivo de nuestro estudio, fue identificar a estas pacientes, con la consecuente disminución de los días estancia hospitalaria para un futuro.

Nuestro estudio de carácter observacional y descriptivo - en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del I.S.S.S.T.E., del día 10 de junio al 30 de septiembre de 1994, se tomaron 75 pacientes escogidas de 310, y que cumplieron con los requisitos de inclusión.

Se valoraron frecuencia por edades, relación a la paridad, edad del embarazo, indicación de cesárea, sexo de los recién -

nacidos, peso y apgar de los mismos, las características del líquido amniótico, volumen de pérdida sanguínea, hallazgos quirúrgicos, complicaciones, antibiótico usado, realización de oclusión tubaria bilateral, días estancia hospitalaria y procedimiento anestésico usado.

Los resultados fueron los siguientes: en cuanto a la edad materna el promedio fue de 26 años, el mayor porcentaje cursó con su primer embarazo, la edad del embarazo 38 semanas en promedio, la indicación de la cesárea fue la desproporción cefalopélvica principalmente, el mayor promedio de los recién nacidos fueron masculinos, mayor porcentaje con peso entre 2500g y 3499g, y clasificación con apgar 8-9, y líquido amniótico normal.

Observaciones importantes fueron los hallazgos quirúrgicos transoperatorios que en este estudio predominó la miomatosis uterina, la pérdida sanguínea 300 ml comparables con un parto vaginal, las complicaciones que se presentaron y que fue en muy bajo porcentaje no fueron propiamente de la cirugía, sino posterior a la misma, excepto dos (sangrado), los días promedio de internamiento posterior a la cirugía fueron 3 y el bloqueo peridural prácticamente en todas nuestras pacientes.

Podemos concluir que las pacientes sometidas a cesárea y clasificadas adecuadamente en el rubro de bajo riesgo, puede -

ser egresada en término de menor tiempo comparado a el tiempo en que actualmente se dan de alta las mismas en nuestra Unidad, con los consecuentes beneficios de tipo económico y material - de la Institución.

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

En la actualidad, la operación cesárea, gracias a la benignidad adquirida durante su evolución, se puede afirmar perfectamente que está indicada en todas las circunstancias en que el parto por vía natural sea un riesgo apreciable para la madre, para el producto o para ambos, o en la situación en que la continuidad del embarazo o del trabajo de parto significa una amenaza especial para la vida de los dos seres.

Los dos peligros de la cesárea fueron principalmente, durante mucho tiempo: la HEMORRAGIA y la INFECCION, de acuerdo a esto la historia de la cesárea durante los últimos 100 años está relacionada con la superación de estas dos amenazas. La mejora en la técnica operatoria, los bancos de sangre y las transfusiones, eliminaron virtualmente las muertes por hemorragia, así mismo hicieron la asepsia y los antibióticos con la infección, haciendo que la cesárea que en otros tiempos fue una de las operaciones más mortíferas, sea en la actualidad una de las más inocuas.

## H I S T O R I A

Es de interés mencionar, aunque sea de una manera breve, - su evolución histórica.

Como muchos hechos históricos el origen del término cesárea, se pierde en la obscuridad de los tiempos, siendo en la actualidad poco creíble el que su denominación saliera de que Julio César había nacido de esta forma, dado que su madre vivió en una época en que la anatomía y la cirugía estaban en sus albores, motivo de la poca credibilidad de este hecho. Es por lo tanto más lógico aceptar las dos siguientes teorías:

La que durante el reinado de Numa Pompilio (715-673!A.C.) fue promulgada una ley en la que se ordenaba tal operación en las mujeres fallecidas durante las últimas semanas del embarazo o durante el parto, llamada LEX REGIA inicialmente, en el tiempo de los emperadores vino a llamarse LEX CESAREA.

La segunda teoría; la de Plinio, que sugirió como posible origen del término, que deriva del verbo latino "caedere" que significa cortar, llamándose a los fetos extraídos de esta manera como "caesones" o "caesares".

El primer caso que se cita de cesárea en la mayor parte de los textos revisados, es la de Jacob Nuffer, carnicero, ca-

pador de cerdos, en 1500 en Suiza, quien con una navaja efectuó la operación a su esposa, extrayendo a un niño vivo y sobreviviendo su mujer, hecho por el cual algunos otros autores, le dan poca credibilidad, dado que fue informada, la cesárea - 81 años después primeramente, y segundo que fue Francois - Rousset en su trabajo "Tradte Nouveau de J`Hystero tomotokie - ou Enfantement caesarien" publicado en 1581, quien reportó junto con este caso 14 más, los cuales habían sido con éxito hecho poco creíble y más que según se supo posteriormente, - Rousset no efectuó ninguna cesárea y ni siquiera llegó a presenciara, de ahí que recomendara no cerrar el útero, porque esto causaría solo trastorno, quitándole importancia a la hemorragia y a la infección que para el eran insignificantes.

En el siglo XVI se menciona el primer caso ejecutado por un médico práctico, Guilleneau según Skinner, aunque Young afirma que el primer caso auténtico, fuera de duda, y efectuado en una mujer viva, fue el de Trautmann de Wittenberg en Alemania en el año de 1610, sobreviviendo el producto, pero muriendo la madre 25 días después.

Posteriormente se suceden diferentes casos en diversas partes del mundo, con supervivencia de la madre casi milagrosa, pero la operación continuó acompañándose de una mortalidad materna espantosa, hecho fácil de entender ya que se persistía en no cerrar el útero, no se conocía aún la anestesia, y aún se ignoraba la causa de la infección.



Preparan el camino para poder disminuir la mortalidad materna cuatro personajes: Simmelweis en 1845, recomendando lavarse las manos con soluciones cloradas.

J.Y. Simpson en 1847 al introducir el cloroformo en la cirugía.

Luis Pasteur en 1865 con la teoría de los microbios productores de la infección.

Lister en 1867 con la antisepsia.

En los siglos XVIII y XIX corresponde el empleo por vez primera de las suturas y las primeras tentativas de operación sobre el segmento inferior, y por vía extraperitoneal. Debe citarse a Osiander (1759-1822), Jorg (1779-1856), Ritgen (1787) y Physick (1767-1837) cuyas históricas tentativas y crílicas se encuentran descritas por McIntosh y Marshall.

En Italia la idea de Porro (1867), Profesor de Milan, que dio un impulso notable a la operación cesárea, al recomendar la amputación del útero y la sutura del muñón a la heria laparotómica.

Seanger describe en 1882 la cesárea clásica. La cuidadosa sutura de la pared uterina representa un progreso enorme y los éxitos son corroborados por la amplia asepsia y antisepsia.

Aunque previamente por diferentes cirujanos se había recomendado la incisión transversa en el segmento uterino y las suturas del útero, corresponde a dos ginecólogos alemanes, la tan importante medida técnica y punto clave en la evolución de la cesárea, de suturar el útero; FERDINAND ADOLPH KERHER (1837-1914), quien usó la incisión transversa y recomendaba una sutura uterina doble, muscular y peritoneal con seda fenicada. Habiendo sido publicado su trabajo en 1881.

MAX SANGER fue quien efectuando la incisión vertical en el segmento superior, suturó el útero, recomendando dos capas, una muscular profunda, sin tomar la decidua y una superficial invaginando la anterior e invirtió el peritoneo con un surgete continuo tipo Lambert.

Surgieron innumerables modificaciones tales como la de Frank, Kröning, Munro Kerr, Hendry, Beck De Lee, etcétera (ya no tan brillantes como la de Kerher y Sanger) por lo que fueron estas últimas operaciones junto con otros adelantos médicos los que redujeron la mortalidad materna de un 83% hasta un impresionante 5% pero sin afectar a la mortalidad muy elevada que existía por la infección aún, por lo que para que llegara a las cifras actuales, aun más impresionantes, del 0.8 al 1 por mil como promedio reportado, hubieron de haberse perfeccionado aún más la técnica, las transfusiones, la anestesia y sobre todo el descubrimiento de los antibióticos.

Quimioprofilaxis: Controlada en gran magnitud la infección ya establecida, en base a los antibióticos, se pasó a la etapa de la profilaxis, con la creencia de que si un medicamento sirve para destruir los microorganismos que han invadido a un organismo, deben de servir para impedir la invasión. Con ese fin se han venido utilizando, no siempre con prudencia, para proteger personas sanas o aisladas de un germen específico al que estuvo expuesto; para disminuir el peligro de infección en enfermos crónicos y para inhibir la propagación de una infección en general en pacientes con traumatismo o que han sufrido una cirugía.

En obstetricia como en todos los campos de la medicina, se ha experimentado en sus patologías, y sus manejos, habiendo encontrado al aplicar la profilaxis con antibióticos en: partos, abortos no sépticos, aplicación de fórceps y cirugía, según diversos autores hay menor presentación de morbilidad febril por lo que recomendaban su aplicación, pero ha sido regla general en la mayor parte de los hospitales obstétricos el rechazo por unanimidad, quedando restringido a casos especiales, ya que sería poco prudente que en un intento de disminuir la morbilidad, se diera un antibiótico a toda paciente por parir, que fuera a efectuarse un legrado, una aplicación de fórceps o una cirugía, sobre todo que las infecciones obstétricas que aparecen después de una profilaxis, son causadas en un porcentaje ostensiblemente elevado, por microbios -

de múltiples resistencias antibióticas, y que ofrecen dificultades a un manejo subsecuente, que por lo que se nulifican con esto los posibles buenos efectos de la quimioprofilaxis.

En general, los textos revisados, se define que los antibióticos son auxiliares eficaces, pero no panaceas. Estos nunca serán substitutos de la asepsia y antisepsia y de la buena técnica quirúrgica, indiscutible que son de ayuda en las infecciones locales y que pueden salvar la vida de infecciones diseminadas, pero la aplicación inadecuada de los antibióticos, no solo fracasa en curar al paciente sino que puede significar una contribución importante a la morbi-mortalidad del enfermo. La administración inadecuada de antibióticos favorece el surgimiento de organismos resistentes, aumenta el riesgo de superinfecciones hospitalarias, sensibiliza en forma peligrosa al paciente y a la población y lleva consigo efectos tóxicos directos.

## ANTECEDENTES Y SITUACION ACTUAL

El índice de cesáreas que hace unos cuantos años era sólo de 5 en 7% en 1965, es hoy en día superior al 20%. Este aumento puede atribuirse principalmente a la mayor seguridad de la operación debida no sólo a los avances logrados en la anestesia, antibióticos y productos sanguíneos sino también al firme deseo del obstetra para realizar un parto con el menor daño posible para el recién nacido. La liberación del feto mediante operación cesárea está asociada con una mortalidad y morbilidad materna más elevados, así como mayores gastos para los diferentes sistemas e instituciones. (7,20,25,26)

Cuando se observa una intensificación considerable en categorías como falta de progresión en el trabajo de parto, sufrimiento fetal, presentación de nalgas, y cada una de las situaciones de cesárea repetida, el índice de cesárea aumenta en forma considerable. En cada una de estas situaciones, el médico debe valorar de que si ocurre algo malo al niño, habrá menos probabilidades de problemas legales, pero, si los hubiera, habrá menos probabilidades de un veredicto en favor del mandante. (8,10,24,13,14,17)

A raíz de este aumento generalizado del índice de natalidad, el National Institute of Child Health and Human Development organizó un grupo de trabajo (Consensus Development Task

Force) para estudiar el problema en el año de 1981, ya que el índice creciente de operación cesárea era realmente "tema de preocupación". Se estableció entonces que había 4 categorías diagnósticas fácilmente identificables que eran la causa de la mayor parte del incremento del índice de natalidad por cesárea. Así encontraron, específicamente, que la DISTOCIA era la causa del 31% de todos los partos por cesárea, las CESAREAS REPETIDAS contribuyeron al 25-30% de este aumento, y finalmente la PRESENTACION DE NALGAS con el 15% y el SUPRIMIENTO FETAL con el 10%. (3,6,15,16,17,18)

En cuanto a lo anterior las normas del American College of Obstetricians and Gynecologists permiten mayor flexibilidad en cuanto al nacimiento por vía vaginal después de una operación cesárea anterior. Recordemos que el ejercicio de la obstetricia es un arte que exige experiencia y adiestramiento intensivo de postgrado. (22)

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que un prematuro con presentación de nalgas es un riesgo mayor durante el parto vaginal, siendo mayor si es de término, en comparación con el feto en presentación cefálica. El parto vaginal se ha relacionado con el riesgo de atoramiento de cabeza, una mayor probabilidad de prolapso de cordón (prematurez), y un aumento de riesgo de asfixia. (6,22)

Otro indicador de cesárea es el embarazo múltiple (gemelar), que corresponde aproximadamente a una sexta parte de todos los nacimientos prematuros. Corresponde al 20% de los partos antes de la semana 33 de gestación es de gemelos. Algunos autores han presentado datos que indican que el parto abdominal es benéfico para los nacimientos de gemelos prematuros. - (Nardenskjold y col.). (6,22)

Una cesárea adecuada puede probablemente reducir el riesgo de traumatismo durante el parto. El prematuro parece ser menos resistente al traumatismo durante el parto vaginal que el neonato a término. El cuello blando ofrecerá menos resistencia a la compresión, y el moldeo extenso de la cabeza fetal puede conducir a hemorragia intracraneana. El efecto de las contracciones uterinas sobre la cabeza fetal aumenta después de la rotura de membranas fetales, situación frecuente en partos prematuros. Además, debido al mayor contenido de agua de los tejidos blandos, el tejido subcutáneo parece ser más frágil en los neonatos inmaduros. Sin embargo, debe recalcar que la cesárea elimina la posibilidad de traumatismo al nacer. (6,22)

El daño potencial por asfixia puede reducirse con la cesárea. La frecuencia de asfixia trasparto es elevada en los nacimientos vaginales prematuros. Los prematuros con datos de asfixia intrauterina tiene una frecuencia mayor de anormalida-

Otro indicador de cesárea es el embarazo múltiple (gemelar), que corresponde aproximadamente a una sexta parte de todos los nacimientos prematuros. Corresponde al 20% de los partos antes de la semana 33 de gestación es de gemelos. Algunos autores han presentado datos que indican que el parto abdominal es benéfico para los nacimientos de gemelos prematuros. - (Nardenskjold y col.). (6,22)

Una cesárea adecuada puede probablemente reducir el riesgo de traumatismo durante el parto. El prematuro parece ser menos resistente al traumatismo durante el parto vaginal que el neonato a término. El cuello blando ofrecerá menos resistencia a la compresión, y el moldeo extenso de la cabeza fetal puede conducir a hemorragia intracraneana. El efecto de las contracciones uterinas sobre la cabeza fetal aumenta después de la rotura de membranas fetales, situación frecuente en partos prematuros. Además, debido al mayor contenido de agua de los tejidos blandos, el tejido subcutáneo parece ser más frágil en los neonatos inmaduros. Sin embargo, debe recalcar que la cesárea elimina la posibilidad de traumatismo al nacer. (6,22)

El daño potencial por asfixia puede reducirse con la cesárea. La frecuencia de asfixia trasparto es elevada en los nacimientos vaginales prematuros. Los prematuros con datos de asfixia intrauterina tiene una frecuencia mayor de anormalida-



des neurológicas subsecuentes durante el periodo neonatal, así como el seguimiento a largo plazo en la lactancia. (6,21)

El problema en la realización de cesárea tan tempranamente, como en las semanas 26-31 de la gestación, es la mala formación del segmento uterino inferior. La dimensión normal del segmento uterino inferior es de 0.5 cm a la semana 20, 1.0 cm a la semana 28 y 4 cm a la semana 34. Unos recomiendan la incisión vertical baja y clásica ya que hay un espacio insuficiente para practicar una incisión uterina transversa con los límites del segmento inferior, a menos que el trabajo de parto haya expandido al segmento uterino inferior. (6,12)

Recordemos que no son las únicas indicaciones de operación, que hay otras y que conforme evoluciona la medicina se han encontrado nuevas indicaciones como serían la infección por herpes genital o papilomas genitales por solo mencionar algunas. (4,9,11,19,21,22)

La necesidad de reconocimiento y tratamiento apropiado de un feto con sufrimiento constituye la preocupación más desafiante de la obstetricia moderna. Un niño lesionado como resultado del estrés fisiológico, de un embarazo, trabajo de parto complicados, representa un costo tremendo para la sociedad, no solo en sentido económico. Una muerte perinatal o un individuo intensamente dañado, como resultado de alguna agre-

sión preparto o transparto, tiene mucho impacto emocional porque representa la pérdida de lo que pudo haber sido. La tecnología recientemente sofisticada, como el ultrasonido, la vigilancia fetal electrónica, valoraciones del pH sanguíneo, de piel cabelluda fetal, junto con el uso de la cesárea, han sido utilizados en un intento por disminuir el riesgo de la muerte transparto y daño fetal. Tradicionalmente, los dos métodos clásicos para detectar el sufrimiento fetal durante el parto eran la aparición de meconio y la auscultación de la frecuencia cardíaca, intermitente, y con los registros cardiotocográficos se detectan en forma más precoz el sufrimiento fetal. (1, 3,5,8,10).

Revisando otras condiciones que rodean a la operación cesárea, comentaremos que la fiebre (temperatura mayor de 38°C), durante el puerperio es un signo más común después del parto, abdominal que después del parto vaginal. Su resolución suele ser espontánea después del parto vaginal pero generalmente persiste después de la cesárea. La etiología de esta fiebre no ha sido aclarada, aunque muchos autores consideran que podría deberse a la deshidratación, o bien ser una reacción al paso de las proteínas fetales, también es posible que algunas de estas fiebres sean manifestaciones de una infección uterina leve y de curación espontánea. En todo caso los regímenes profilácticos, produjeron una disminución significativa desde el punto de vista estadístico y clínico de las infecciones post-

cesárea. El índice de infección en grupos profilácticos es - aproximadamente la mitad de los observados en grupos placebo.

Después de comparar períodos largos y cortos profilácticos, por vía I.V. así como irrigaciones intraoperatoria de -- útero y peritoneo con soluciones antibióticas, las cuales se -- llegó a la conclusión de que era equivalente o menos eficaz la irrigación a la vía intravenosa (ampicilina, cefalotina, gentamicina). Los períodos cortos consistían en dosis durante 3 -- días. (12,28)

Con respecto a la anestesia, utilizada en la cesárea, - han experimentado múltiples cambios en el transcurso de los últimos 20 años, antes del decenio y aun en los años 70 al principio la anestesia general era la técnica común y en algunos - centros el bloqueo espinal (subaracnoideo), sin embargo en los años siguientes el bloqueo epidural comenzó a tener mayor auge. Las ventajas de este último son que el bloqueo simpático es más lento, esto reduce la velocidad de aparición de las bajas de - presión arterial, que no se punciona la duramadre, la cefalea de postpunción lumbar no ocurre, que se conserva el estado de conciencia favorable y no ocurre neumonía por aspiración. (24)

Por último en cuanto a la mortalidad materna recordemos - que para fines del siglo XIX era de cuando menos del 75%, con la técnica quirúrgica mejorada, la anestesia, la antisepsia y

y los antibióticos se redujo a un 6% para el año 1921, para el decenio de 1930 a 1940, 800 a 2500 por 100 000 y para fines de 1950, 300 por 100,000 y para 1976 era del 0 a 59 por 100000. Las causas más frecuentes eran la infección, hemorragia y embolia pulmonar, así como la anestesia. (2,3,8,19,21,23)

Actualmente el porcentaje es bajísimo, 0.4%. En algunos sitios se ha logrado índices de mortalidad del 0% y esto sugiere que la atención cuidadosa en la técnica quirúrgica y el cuidado postoperatorio pueden reducir la mortalidad posterior a la cesárea. (13)

## O B J E T I V O S

Es un hecho, que el aumento de la frecuencia de la operación cesárea ha ido en aumento en los últimos años, encontrándose en algunos estudios recientes en EEUU siendo del 17.9%, - con informe de índices superiores al 20% en algunos lugares, - por lo que ante tal cifra tan elevada de procedimientos quirúrgicos, es necesario que se clasifique a las pacientes en el rubro de bajo riesgo.

Con el rubro de bajo riesgo, catalogamos a aquellas pacientes en que la indicación de la interrupción del embarazo - por vía abdominal sea plenamente identificada y no ponga en -- riesgo al binomio materno fetal (trabajo de parto que no progrese desproporción cefalopélvica, partos distócicos, aplicación de fórceps, partos riesgosos; pélvicos, o cirugía de urgencia; preeclampsias, eclampsias entre otras) y que van a -- aumentar el índice de morbilidad y que como consecuencia sería un incremento en los recursos económicos de la Institución, y principalmente en las secuelas que podrían quedar en la madre (física o moral) o en el recién nacido, y que como objetivos específicos es conocer la morbilidad de estas pacientes, tipos de morbilidad, hallazgos quirúrgicos transoperatorios, evolución postquirúrgica intrahospitalaria y días estancia.

## MATERIAL Y METODO

Del periodo comprendido del 10. de junio al 30 de septiembre de 1994, fueron evaluadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del I.S.S.S.T.E. de la Ciudad de México, 75 pacientes, sometidas a operación cesárea, que tuvieron entre 16 y 42 años de edad, con embarazo de término (excepto una), que presentaron, membranas íntegras o menos de 8 horas de ruptura (máximo 6 hrs), en el momento de la cirugía.

Se excluyeron del estudio las rupturas de membranas de más de 6 horas, los sufrimientos fetales, las cesáreas iterativas, los periodos intergénésicos cortos (menos de 2 años entre las cirugías), las pacientes en cesárea previa, las pacientes diabéticas, trabajos de parto prolongados, desprendimientos placentarios o inserciones bajas de placenta, así como las pacientes preeclámpsicas y eclámpsicas.

Para evaluar los resultados se tomaron los siguientes datos, previos a la cirugía: edad, antecedentes ginecoobstétricos, fecha de última regla, integridad de membranas, tiempo de latencia entre el ingreso y la cirugía, tactos vaginales, y el diagnóstico e indicación de la cirugía. Los datos postquirúrgicos, fueron: hallazgos durante la cirugía, sangrado aproximado, los loquios, la herida quirúrgica y la estancia hospitalaria.

ria. Se midieron todos estos parámetros en base a la historia clínica, partograma, la hoja quirúrgica, la hoja de enfermería y de anestesia. Se llevó a cabo la rutina diaria de enfermería tomando mayor énfasis a la temperatura a partir de las 24 horas posterior a la cirugía para valorar la influencia lo menos posible del trauma operatorio.

En base a la revisión clínica y de acuerdo a la sintomatología y signología se solicitaron los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios así como las interconsultas a otros servicios en caso de que fueran necesarias.

## R E S U L T A D O S

Nuestro estudio de carácter observacional y descriptivo, incluyó a 310 pacientes, que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro", mencionándose la exclusión de otras pacientes que no reunían los criterios para catalogarlas como de bajo riesgo, quedando bajo este rubro un total de 75.

Se observó que la edad promedio fue de 28 años, y que para este grupo en especial fue de 26 años, siendo en términos generales población joven. (Cuadro 1).

En relación a la paridad, se encontró el mayor porcentaje en nuliparas (primigestas). (Cuadro 2).

Con respecto a la edad del embarazo, el mayor porcentaje recayó en embarazos de término: 38 semanas, con un 26.6% del total y que cuenta mucho en la morbilidad del binomio materno fetal. (Cuadro 3).

La indicación de la cesárea: la desproporción cefalo-pélvico, coincide con la literatura, encontrándose en nuestro estudio un 36%. (Cuadro 4).

Fueron recién nacidos del sexo masculino en relación al femenino los que predominaron, solo tomándose como dato obser-



vacional (Cuadro 5).

En relación al peso, encontramos que el mayor porcentaje correspondió a los recién nacidos comprendidos entre los - - 2500 g y 3499g, el 28.5% correspondió al mayor porcentaje en este grupo, coincidiendo con embarazos de término, y que es importante para el desarrollo futuro de los recién nacidos para el crecimiento y desarrollo subsecuentes. (Cuadro 6)

El Apgar en los recién nacidos al minuto y cinco minutos, se reportó el mayor porcentaje 59.8%, a los calificados con - 8-9. (Cuadro 7).

El líquido amniótico clasificado como normal fue cinco - veces más frecuente que el catalogado como anormal (meconial). (Cuadro 8)

Los hallazgos quirúrgicos que en ocasiones puede aumentar el índice de morbimortalidad para el binomio materno fetal en esta serie corresponde a los miomas uterinos. (Cuadro 9)

Las pérdidas sanguíneas en promedio, de 300 ml que corresponde al 68% se puede comparar al sangrado de un parto vaginal (Cuadro 10).

Las complicaciones postoperatorias inherentes a la propia cirugía prácticamente nulas, pero se encontraron en mayor frecuencia al desarrollo y como consecuencia del embarazo (Cuadro 11).

Se usaron antibióticos de manera profiláctica en un gran porcentaje de nuestras pacientes, ya que en el Hospital las remodelaciones están a la orden del día provocando que exista gran cantidad de polvo en el medio ambiente. (Cuadro 12)

El rubro importante, en cuanto a días de estancia hospitalaria, nuestro gran porcentaje estuvo en promedio de 3 días (Cuadro 13).

Se realizó oclusión tubaria bilateral en solo 12 pacientes, con antecedente de mas de dos partos. (Cuadro 14).

Por último, el procedimiento anestésico que fue prácticamente del 100% corresponde al bloque peridural, que es el menos riesgoso para el binomio materno fetal (Cuadro 15).

## D I S C U S I O N

El mayor porcentaje de la población que se presenta la interrupción del embarazo por vía abdominal, se encuentra dentro de la edad adecuada para el embarazo, siendo la mayor incidencia a los 30 años en promedio.

El 64% de nuestra población, de estudio, fue la que cursó con su primer embarazo, siendo población joven.

La edad adecuada y óptima en la edad del embarazo fue de 38 semanas con un porcentaje de 26.6%, que disminuye el índice de morbilidad del recién nacido en comparación si llegara a presentar antes y posteriores a edades gestacionales.

Las 3 primeras indicaciones de cesárea; coinciden con la literatura mundial, indicaciones ya precisas y aceptadas mundialmente, en este estudio siendo la desproporción cefalo pélvica la de mayor indicación.

El peso del recién nacido, así como la edad del embarazo, dos parámetros importantes para el desarrollo y crecimiento neonatal adecuados, así como otro punto importante la calificación de Apgar se encontraron el mayor porcentaje de ellos, valores catalogados de normalidad.

El líquido amniótico, parámetro importante de las condiciones en que se puede encontrar al producto, el menor porcen-

taje afortunadamente fue patológico (16%), con la consiguiente menor morbilidad.

Los miomas, patología frecuente del útero a ciertas edades, posterior a los 30 años de edad y hasta los 45 el mayor porcentaje fue el hallazgo encontrado en mayor proporción, y correspondió a las edades reportadas como las inserciones bajas placentarias.

La pérdida sanguínea y las complicaciones propiamente de la cirugía, que en términos generales en la primera fue el promedio normal del sangrado de una cirugía y la segunda prácticamente nula, con la consecuente disminución probablemente en un futuro para acortar estancia hospitalaria, y que como consecuencia no se puedan principalmente infectar, ya que, generalmente los cubículos son de 3 a 6 pacientes y que en ocasiones se conviven con pacientes con procesos infecciosos de menor a gran escala (infección de heridas quirúrgicas o más graves).

## C O N C L U S I O N

La adecuada clasificación de las pacientes en el término Cesárea de bajo riesgo, es necesario, para disminuir el índice de morbimortalidad del binomio materno fetal, y que el objetivo en la obtención de un recién nacido en las mejores condiciones.

La disminución de la estancia hospitalaria a un futuro y en este tipo de pacientes, podrá disminuir el índice de morbilidad materna, ya que como se menciona anteriormente, al convivir con otras pacientes se disminuirá el riesgo de mayor infacción.

Recabando datos en cuanto a lo económico, el día de estancia hospitalaria en el Instituto se encuentra en 100 nuevos pesos, y 50 nuevos pesos por día de cunero, si nos ponemos a pensar que tan solo en el presente estudio de 4 meses, el número de cesáreas fue de 310, y ya clasificando a nuestras pacientes como Cesárea de bajo riesgo para el binomio materno fetal, fueron 75, y que el promedio de día estancia postquirúrgica fue de 3 días algunos se salen de este promedio por cuestiones de índole personal, veremos que el gran ahorro que se puede tener, pueda ser de apoyo a recursos de tipo material, que en muchas ocasiones hacen falta para el mejor desempeño de nuestras funciones.

C U A D R O 1  
FRECUENCIA DE EMBARAZOS POR EDAD MATERNA

EDAD/MATERO	No. EMBARAZOS	PORCENTAJE
16 a 20	8	10.6
21 a 25	19	25.4
26 a 30	22	29.4
31 a 35	17	22.6
36 a 40	8	10.6
41 a 45	1	1.4
TOTAL	75	100.0

C U A D R O 2  
GESTACIONES

GESTAS	No. DE CESAREAS	PORCENTAJE
I	48	64.0
II	12	16.0
III	11	14.6
IV	0	-
V	3	4.0
VI	1	1.4
TOTAL	75	100.0

CUADRO 3  
FRECUENCIA DE CESAREAS DE ACUERDO A EDAD GESTACIONAL

EDAD DE EMBARAZO	No. DE CESAREAS	PORCENTAJES
34 semanas	1	1.4
35 semanas	0	-
36 semanas	2	2.6
37 semanas	6	8.0
38 semanas	20	26.6
39 semanas	10	13.4
40 semanas	15	20.0
41 semanas	14	18.6
42 semanas	7	9.4
TOTAL	75	100.0



## C U A D R O 4

INDICACION DE CESAREA	NUMERO	PORCENTAJE
Malformaciones congénitas	1	1.4
Embarazo gemelar	2	2.6
Pélvico	14	18.6
*D.C.P.	27	36.0
Añosa	5	6.6
**B.R.F.P.	10	13.4
Embarazo prolongado	7	9.4
Producto macrosómico	5	6.6
Papiloma virus	3	4.0
Ant. miomectomia	1	1.4
TOTAL	75	100.0

\* Desproporción cefalopelvica.

\*\*Bajo reserva fetoplacentaria

## C U A D R O 5

## FRECUENCIA DE SEXO EN LOS RECIEN NACIDOS

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Masculino	44	57.2
Femenino	33	42.8
TOTAL	77	100.0

## C U A D R O 6

## PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

PESO	NUMERO	PORCENTAJE
Hasta 2000 g	3	4
2001 - 2499 g	14	18.2
2500 - 2999g	22	28.5
3000 - 3499g	22	28.5
3500 - 3999g	20	26.0
4000 - 4499 g	5	6.5
Más de 4500 g	1	1.3
TOTAL	77	100.0

## C U A D R O 7

## APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS AL MINUTO Y CINCO MINUTOS

APGAR	NUMERO	PORCENTAJE
3-7	1	1.3
4-6	1	1.3
6-8	-	-
7-8	7	9
8-9	46	59.8
9-9	22	28.6
TOTAL	77	100.0

## C U A D R O 8

## CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO

LIQUIDO AMNIOTICO	NUMERO	PORCENTAJE
Normal	63	84
Meconial	12	16
TOTAL	75	100

## C U A D R O 9

## HALLAZGOS EN LA CIRUGIA

HALLAZGO	NUMERO	PORCENTAJE
Miomas	3	4
Adherencias	1	1.4
Inserción baja de placenta	1	1.4
Polihidramnios	2	2.6
Hepatoegalia	1	1.4
Quiste de ovario izquierdo	2	2.6
Oligohidramnios	2	2.6
TOTAL	12	16.0

## C U A D R O 10

SANGRADO APROXIMADO EN MILILITROS  
DURANTE LA CIRUGIA

SANGRADO	NUMERO	PORCENTAJE
200 ml.	2	2.6
300 ml.	51	68
400 ml.	16	21.4
500 ml.	2	2.6
600 ml.	2	2.6
950 ml.	1	1.4
1 200 ml.	1	1.4
total	75	100.0

C U A D R O 11  
COMPLICACIONES PRESENTADAS POSTERIOR A LA CIRUGIA

COMPLICACION	NUMERO	PORCENTAJE
Insuficiencia respiratoria	1	1.4
Perforación de duramadre	1	1.4
Preeclampsia leve	6	8.0
Anemia	2	2.6
TOTAL	10	13.4



C U A D R O 12  
ANTIBIOTICOS USADOS POSTQUIRURGICO

ANTIBIOTICO	NUMERO	PORCENTAJE
Ampicilina	57	76
Gentamicina	6	8
Sin antibiótico	12	16
TOTAL	75	100

C U A D R O 13  
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

DIAS	NUMERO	PORCENTAJE
1	0	-
2	0	-
3	62	82.6
4	12	16
+4	1	1.4
TOTAL	75	100.0

C U A D R O 14  
PACIENTES EN QUE SE REALIZO OTB

NUMERO	PORCENTAJE
12	16

C U A D R O 15  
PROCEDIMIENTO ANESTESICO UTILIZADO

TECNICA	NUMERO	PORCENTAJE
Bloqueo epidural	74	98.6
General	1	1.4
TOTAL	75	100.0

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

- 1.- Lidegaard, O; Bottcher, LM; Weer, T. Description, evaluation and clinical decision making according to various fetal rate heart patterns. Inter observer and regional variability. Acta Obstetrics Gynecology Scand. 1992 January 71 (1) 48-53, pág.
- 2.- Jensen, JG. Uterine torsion in pregnancy. Acta Obstetrics Gynecology Scand. 1992 mayo: 71 (4); 260 265 pag.
- 3.- Stone, J; Lockwood, CJ; Berkowitz, GS; Lynch, L; Alvarez, M; Lapinski, HH;. Morbidity of failed labor in patients with prior cesarean section. American Journal Obstetrics Gynecology. 1992 December, 167 (6): 1513-7 pags.
- 4.- Ekblad, U, Grenman, S. Maternal weight, weight gain during pregnancy and pregnancy outcome. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 1992 Decemer: 39 (4) 277-83 pags.
- 5.- Shalev, E; Battino, S; Giladi, Y; Edelstein, S. External cephalic version at term using tocolysis. Acta Obstetrics Gynecology Scand. 1993 augustus: 72 (6) 455-7 págs.
- 6.- Nwosh, EC; Walkinshaw, S; Chia, P; Manasse, PR; Atlay-RD. Undiagnosed breech. Br Journal Obstetrics and Gynecology. 1993, Jun. 100 (6): 531-5 pags.

- 7.- Uribarren-Berrueta, O; Evangelista Salzar C; Cesarean -  
section: frequency and indications. Ginecologia, Obstetri-  
cia México. 1993, Jun. 61: 168-70.
- 8.- Leung-AS; Farmer-RM; Leung-EK, Medearis,-AL; Paul-RH. -  
Risk factors asocciated with uterine ruptura during trial  
of labor after cesarean delivery: a case control study.  
Am. J. Obstetrics and Gynecology.
- 9.- Kwawukume-EY, Ghosh-TS, Wilson J.B. Maternal height as a  
predictor of vaginal delivery. Int. J. Gynecology and -  
Obstetrics. 1993 april 41 (1). 27-30 pags.
- 10.- Handa-VL; Laros-RK. Active-phase arrest in labor; predic-  
tors of cesarean delivery in a nulliparous population. -  
Obstetrics and Gynecology. 1993 may; 81 (5) Pt 1 758-63.  
pags.
- 11.- Randolph, AG; Washington, AE; Prober, CG: Cesarean delive-  
ry for women presenting with genital herpes lesions. Effi  
cacy, risk, and costs. JAMA 1993 Jul. 7 270(1) 77-82.
- 12.- Ng. Nk; Silvalingam-N. The role of prophylactic antibio--  
tics in caesarean section a randomised trial. Medical --  
Journal Malaysia. 1992 Dec. 47 (4): 273-9.
- 13.- Dagher-AP; Fishman-EK. Uterine and bladder rupture during  
vaginal delivery in patient with a prior cesarean section  
case report. Urol-Radiol. 1992. 14 (3); 200-1.

- 14.- Carlomagno-G; Candussi-G; Conforti-BR Di-Rosa-T; Vecchisrino-L, Volpe-L. Vaginal birth after caesarean section: - further contribution to counteract caesarean section epidemic. *Ann-Ig.* 1992 Jul-Aug: 4 (4): 260-5.
- 15.- Tsu-VD. Maternal height and age: risk factors for cephalopelvic disproportion in Zimbabwe. *Int-J-Epidemiol.* 1992 - Oct: 21 (5): 941-6.
- 16.- Morrison-JC, Sanders-JR, Magann-EF, Wisner-WL. The diagnosis and management of dystocia of the shoulder *Surg-Gynecol-Obstetrics.* 1992 Dec: 175 (6): 515-22.
- 17.- Sevelde-P, Stiglbauer-M, Vavra-N, Weninger-M, Sternister W, Wagenbichler-P. Breech presentation in nulliparous women-vaginal delivery or indications for primary section. *Geburtshilfer.* 1993 Jun. 53 (6): 400-5.
- 18.- Rachdi-R, Fekih-MA, Mouelhi-C, Messaoudi-L; Brahim-H. - Fetal prognosis in breech delivery. Statistical study of 543 cases. *REv-Fr-Gynecol-Obstet.* 1993 Apr; 88(4): 249-52.
- 19.- Jelsema-RD, Wittimgen-JA, Vander-Koilk-Kj. Continuous, - monlocking, single-layer, repair of the low transverse - uterine incision. *J-Reprod-Med.* 1993 May: 38 (5): 393-6.
- 20.- Le-thai-N, Darbois-Y, Lefebvre-G, Soudre-G, Vauthier - Brouzes-D; Fotoussi-A; Clough-K. The vaginal cesrean, a - necessary review. *J-Ginecol-Obstet-Biol-Reprod-Paris.* -- 1993; 22(2) 197-201.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

39

- 21.- Lao-TT; Halpern-SH; Crosby-ET; Huh-C. Uterine incision - and maternal blood loss in preter caesaren section. Srch-Gynecol-Obstet. 1993; 252(3); 113-7.
- 22.- Evans-LC; Combs-CA. Increased maternal morbidity after - cesarean delivery before 28 weeks of gestation. Int-J-Gynaecol-Obstet; 1993 Mar: 227-33.
- 23.- Stanco-LM; Schrimmer-DB, Paul-RH, Mishell-DR Jr. Emergen- cy peripartum hysterectomy and associated risk factors. - Am-J-Obstet-Gynecol. 1993 Mar; 168 (3 Pt 1) 879-83.
- 24.- Clinicias obstetricas y gynecologicas. Vol. 4-1985. Pág. 867-890. Editorial Interamericana.
- 25.- Ginecologia Operatoria. RF Mattingly. Te Linde. 6a. Edi- cion. 19901 Páginas 1-10. Editorial El Ateneo.