

11257

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Facultad de Medicina

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"

Estudio Comparativo de Indicaciones de Cesárea
En el HGO 3 CMR y el HGSZ-1 de San Luis R. C. Son.

T E S I S
QUE PARA OBTENER LA
ESPECIALIDAD DE:
GINECO-OBSTETRA
P R E S E N T A:
Dr. Carlos Vidal González Tamayo

ASESOR:

Dr. Martín Meza Vargas
Dr. Francisco B. Fiorelli Rodríguez

COLABORADORES:

Dr. Alejandro Martínez Rivera
Dr. Guillermo Díaz Chávez



CENTRO REGIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Esp. de Obstetricia y Ginecología
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
México, D.F., Marzo 1999

2000

282738



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.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
OBJETIVO.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
HIPÓTESIS.....	13
MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	52

INTRODUCCIÓN

La operación cesárea, quizá la más antigua de las operaciones tan útil y necesaria en la actualidad, pasó por ensayos tan largos como interesantes prácticamente a través de toda la historia del hombre, para ir perfeccionándose hasta el grado como lo conocemos hoy en día.

El nacimiento de un niño mediante un corte a través de la pared abdominal, viene del verbo latino "*caedere*" que significa cortar, y a los fetos extraídos en ésta forma se les llama *caesones* o *caesares*, muchos de los cuales nacieron antes de César. Esto llamado al hecho de que la madre de Cayo Julio César, la bella Aurelia vivía todavía durante la campaña de Galla y una operación Cesárea en mujer viva en aquel tiempo inconcebible, históricamente nos indican que la suposición de que César naciera por operación Cesárea es falsa y, por lo tanto, la acepción de que el nombre de la intervención se deba a que César nació mediante ella, contrariamente a lo que se sostuvo por muchos años, también es errónea (1).

La denominación de "Operación Cesárea" es atribuida a Plinio el Viejo, quién inspiró a Francois Rousset para que en 1581 denominara a ésta operación como cesárea, en su monografía acerca de la intervención quirúrgica.

Durante los primeros 1500 años, de nuestra era, la operación Cesárea cobra gran auge, principalmente la Cesárea post-mortem, incluso como decreto religioso obligatorio, hasta el año de 1250 de nuestra era en que se habla por primera vez de la práctica de la cesárea en mujer viva.

Porro en 1876 consigue mantener vivos al producto y a la madre mediante Cesárea seguida de histerectomía subtotal. Con la introducción en 1887 de los métodos de asepsia y antisepsia la mortalidad materna disminuyó en forma ostensible en algunos casos hasta el 45 y posteriormente a la época de los antibióticos casi ha llegado a desaparecer.

Con el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, la utilización de antibióticos mejores métodos anestésicos, el temor a la operación Cesárea ha ido desapareciendo con esto el aumento de las indicaciones de las mismas, disminuyendo en forma importante la morbimortalidad materno-fetal, sin embargo, esto no ha sido posible llevar a cabo en nuestra época, porque las indicaciones, el manejo pre, trans y postoperatorio, así como otros parámetros siguen siendo motivo de grandes discusiones y divergencias entre las diferentes escuelas obstétricas (1).

A últimas fechas el incremento en la frecuencia del nacimiento por vía abdominal ha aumentado considerablemente en todo el mundo, principalmente debido a la gran cantidad de nuevas indicaciones que han surgido como consecuencias de mejores técnicas quirúrgicas y mejores métodos anestésicos (2, 3).

En el HGO 3 CMR se ha observado que el incremento actual de nacimientos por Cesárea es mayor, lo cual puede deberse al hecho de que es una Unidad Hospitalaria de concentración. En el último reporte de 1992 la frecuencia de operación Cesárea en relación al número de partos fue de 59.34 % y con respecto al año de 1987 fue de 51.06 %, siendo una cifra cuestionable y motivo de conocer si médicamente las indicaciones que han condicionado tal incremento guardan una situación clínica y paraclínica adecuada.

La frecuencia de la Cesárea repetida varía considerablemente, según los hospitales desde un 16.3 % hasta un 56.5 % (4).

De 1974 a 1984 la tasa de nacimiento por Cesárea ha aumentado constantemente del 9 al 21 %. Aunque la operación Cesárea, se ha convertido en el procedimiento quirúrgico más común realizado en Obstetricia, hay sorprendentemente poca discusión técnica referente a los aspectos técnicos de la operación. Puesto que el 75 % de las cesáreas se realizan en mujeres jóvenes al principio de la maternidad, los resultados quirúrgicamente deseables de una pequeña incisión transversal baja podrían comprometer el objetivo real del procedimiento quirúrgico. Si la exposición operatoria es adecuada, una operación Cesárea difícilmente podría sustituir a un nacimiento vaginal difícil lo que no reduciría el riesgo obstétrico para la madre o el infante (5).

Además de la incisión media infraumbilical, en la operación Cesárea se puede hacer una incisión abdominal de Maylard o de Pfannenstiel de corte muscular. La longitud media de ambas se recomienda no menos de 15 cm. y se dice que la dificultad en el nacimiento del infante es significativamente menos frecuente con la incisión de Maylard. Se sugiere que el nacimiento por Cesárea se realiza óptimamente con una incisión quirúrgica adecuada, y que la incisión de Maylard es una opción segura la cual sólo se considerará cuando hay factores de riesgo (Ej. Macrosomía, Gemelos, etc...) que exigen una exposición máxima para el nacimiento individual no traumático.

Los indicadores más comunes que generan la operación Cesárea como distocia gemelar, distocia por partes blandas, la presentación pélvica, Cesárea de repetición y nacimiento fetal, siguieron siendo las mismas durante el período de 1970 a 1981 (6).

Los números y los índices de nacimiento por Cesárea aumentaron dramáticamente durante la década de los 70's. Los informes de los E. U. A. mostraban una tasa del 5.7 % en 1970 y del 17.3 % en 1981. El índice sigue elevándose, con una tasa de 22.7 % para 1985.

En los E. U. A. la mayor parte del aumento está explicada por cuatro diagnósticos: Distosias, Cesárea de Repetición, Presentación Pélvica y Sufrimiento Fetal.

En años recientes la operación Cesárea de repetición ha tomado una contribución mayor.

En Noruega las tasas de operación Cesárea se elevaron del 1.9 % en 1967 al 2.0% en 1986 (7).

De la misma forma los índices de operación Cesárea en E. U. A. ha aumentado del 5.5 en 1970 al 24.4 % en 1987. Este dramático aumento ha generado una preocupación considerable, y ha conducido a una variedad de propuestas para controlar el uso creciente de operación Cesárea.

Se han propuesto seis estrategias para reducir su uso:

- 1) Educación y evaluación de los Médicos.
- 2) Revisión externa.
- 3) Diseminación pública de los índices de operación Cesárea.
- 4) Cambios en el pago a los Médicos
- 5) Cambios en el pago en Hospitales.
- 6) Reforma de la mala práctica Médica.

Estas seis estrategias difieren en sus suposiciones respecto a las determinantes de conducta del Médico, sus implicaciones para la autonomía del mismo, y su efectividad. Aunque muchas estrategias han sido promisorias y otras han resultado ser inefectivas, se necesita investigar más para valorar el impacto de éstas estrategias, y valorar las ventajas potenciales de combinarlas.

Realmente es cierto que las operaciones Cesárea se han hecho mucho más seguras y, por lo tanto, se aplican más ampliamente en 1990 que hace 20 años.

Lo importante no es la tasa global de la operación Cesárea, sino la forma en que llegamos a una decisión de realizar una Cesárea en cada caso particular. Si nosotros, como Médicos, estamos aplicando nuestro mejor juicio y el nivel actual de conocimiento obstétrico, entonces nuestras pacientes se beneficiarán.

Aunque la Cesárea electiva se asocia con menos riesgos que la operación Cesárea después del inicio de la labor, conduce sin embargo a una mortalidad y a una morbilidad aumentadas comparada con el parto vaginal (9).

Se dice que si se mejoran los servicios auxiliares tales como un apoyo de cobertura nocturna adecuado, disponibilidad de banco de sangre las 24 horas y, servicios de anestesia más adecuados podrían conducir a tasas menores de Cesárea específicas de distocia.

Se ha señalado que el diagnóstico de distocia se ha asociado con una tercera parte de éste aumento en la frecuencia de Cesárea (10)

Sin lugar a dudas, el cambio más notable en la práctica obstétrica en la última década involucra el manejo de la mujer con un nacimiento por Cesárea previa. La mayoría de las mujeres con cicatrices uterinas siguen presentando Cesárea de repetición en forma electiva pero la proporción de casos de "nacimiento vaginal después de Cesárea" ha aumentado considerablemente.

El nacimiento vaginal después de Cesárea ciertamente no es nuevo, ha sido practicado ampliamente fuera de los E. U. A., e incluso dentro de éste país, han aparecido reportes ocasionales en los últimos 30 años. Lo que es nuevo es el extenso interés, impulsado sin duda por el deseo de contener la tasa de nacimientos por Cesárea. Más del 25 % de los nacimientos en E. U. A. ocurren ya por la vía abdominal y la indicación más común es la Cesárea previa. Así pues, si una proporción substancial de pacientes con Cesárea previa pueden parir vaginalmente (y la experiencia indica que aproximadamente las dos terceras partes pueden hacerlo) el número de Cesáreas, y el aumento concomitante en el riesgo médico y los costos, pueden reducirse (11).

La tasa de nacimiento por Cesárea se ha cuadruplicado durante las dos últimas décadas, y ha resultado en que se centre una atención considerable sobre las alternativas a un nacimiento por Cesárea. Una opción, el nacimiento vaginal después de una Cesárea previa, ha llegado a ser conocida como una alternativa aceptable al nacimiento por Cesárea de repetición en forma electiva (12).

Las pautas actuales del Colegio Norteamericano de Obstétricas y Ginecólogos (ACOG) para el nacimiento vaginal después de una operación Cesárea no especifican el número de Cesáreas previas que una paciente puede tener antes de intentar un nacimiento vaginal. Para 1983 el nacimiento por Cesárea se había convertido en el procedimiento operatorio de base hospitalaria número uno en E. U. A. Las explicaciones para éste aumento se han dirigido a las indicaciones para el nacimiento por Cesárea. Como lo demostraron Shiono et Al., la razón primaria para la elevación en los nacimientos por Cesárea es la realización de Cesáreas repetidas electivas y de Cesáreas por sufrimiento fetal y distocia (19).

Durante el período del 1ro. de Julio de 1982 y el 30 de Junio de 1986; 67,784 pacientes parieron, de quienes 6250 (9.2 %) habían tenido una Cesárea previa. De las 6250 pacientes con Cesárea previa 1088 (17.4 %) habían tenido dos Cesáreas previas, de ésta 501 (46 %) se sometieron a una prueba de labor y 346 (69 %) parieron vaginalmente. Mientras que la tasa global de dehiscencia uterina fue del 3 %, la tasa en aquellas mujeres que intentaron un nacimiento vaginal fue del 1.8 % contra el 4.6 % en aquellas que no lo hicieron, globalmente, se usó oxitocina en 284 (57 %) y se asoció con un índice de dehiscencia del 2.1 % contra el 1.4 % en el grupo sin oxitocina y con nacimiento vaginal previo (12,23).

Se menciona como una alternativa tales como el nacimiento vaginal después de una Cesárea previa ha estado ganando aceptación. La experiencia hasta la fecha indica que éstas mujeres tienen una probabilidad del 80 al 85 % de lograr un alumbramiento vaginal. Estos datos sugieren además que una prueba de labor parece ser la opción más segura para la madre y el feto (4,21,22).

Muchos clínicos están de acuerdo en que una operación Cesárea electiva a término es necesaria cuando una mujer a dado a luz dos veces por Cesárea. O'Donel Browne (1951) dijo que la mujer que ya había tenido varias operaciones del segmento inferior corre un riesgo cada vez mayor de ruptura si se somete a una labor, porque la inevitable formación de tejido cicatrizal en el sitio de la operación debilita el segmento inferior. Dos años después, Harris (1953) dijo que el rechazaba a las pacientes (para una prueba de labor) que contaban con una historia de varias Cesáreas previas, creyendo que los que los ataques repetidos a la musculatura uterina no conducían a la formación de tejido cicatrizal fuerte. Su opinión fue citada por Lavín et al (1982) y Tahilramaney et al (1984) sin ninguna referencia a su falta de datos de apoyo. O'Sullivan et al (1981) establecieron sus criterios no apoyados para permitir una prueba de labor, y el primero era que el paciente debería tener solo una cicatriz. Flamm et al (1984) dijeron que más de una Cesárea previa era una contraindicación para la prueba de labor.

Incluso Bider et al (1990) declaró que " No permitimos que las pacientes con dos Cesáreas previas den a luz vaginalmente " pero tuvo que admitir que ésta política era bastante arbitraria (13).

Case et al (1971) reportaron una tasa de ruptura uterina casi idéntica de 0.69 % en 1299 y de 0.67 % en 297 mujeres con una y dos cicatrices de Cesárea respectivamente. Porreco & Meier (1983) citaron ésto como un comentario sobre la seguridad de permitir una prueba de cicatriz. No hay ninguna prueba concluyente de un riesgo aumentado de dehiscencia de la cicatriz durante la labor después de dos Cesáreas previas (15,20).

El potencial para un nacimiento vaginal se preserva parcialmente incluso si uno de los alumbramientos previos de la paciente fue por desproporción cefalopélvica; estadísticas típicas son el 78 % (Porreco & Meier 1983), 70 % (Farmakides et al 1987) y 50 % (Hansell et al 1990). Phelan et al (1989) incluso fue capaz de lograr una tasa de nacimiento vaginal del 56 % en aquellas pacientes que habían tenido dos Cesáreas por desproporción cefalopélvica (D. C. P.), éste valor se compara favorablemente con el 67% de nacimientos vaginales descrito por Rosen et al (1990) en su meta-análisis de labores después una Cesárea por D. C. P. También puede plantear ciertas dudas en cuanto a la misma existencia de la D. C. P. como un fenómeno necesariamente recurrente ya que una proporción de éstos infantes fuéron más grandes que sus predecesores.

Mucho se ha escrito últimamente promoviendo la idea del parto vaginal después de Cesárea previa. Persiste el hecho de que para muchas pacientes, y, en muchas circunstancias de alumbramiento, la Cesárea de repetición sigue siendo la elección. Hay beneficios para las pacientes y para un servicio Obstétrico si las Cesáreas de repetición se realizan sobre una base electiva planificada, dado que puedan evitar riesgos de premadurez y de síndrome de distrés respiratorio (14).

La operación Cesárea de repetición se identifica como una causa de la tasa aumentada de Cesáreas en E. U. A. Ya se está alentando a las pacientes a intentar una prueba de labor con los embarazos subsecuentes. Aunque rara, la dehiscencia o ruptura de la cicatriz de Cesárea transversal baja es una posible complicación de la prueba de labor. Las complicaciones de la ruptura uterina incluye muerte neonatal, asfixia neonatal severa, hasta la necesidad de realizar histerectomía (15).

El modelo óptimo de nacimiento para un embarazo pélvico ha seguido siendo materia de controversia. El primer informe prospectivo en 1978 concluyó que parece razonable permitir el nacimiento vaginal en casos cuidadosamente seleccionados de presentaciones pélvicas francas (16).

La presentación pélvica, y situación transversa y oblicua contribuyen a elevar los índices de Cesáreas; esto no es nuevo pues en casi todos los países la presentación pélvica se atiende por Cesárea en el 75 al 95 % de los casos (5, 17).

Danforth por su parte en el Royal Victoria Hospital de Montreal, no encontró una disminución en la incidencia de asfixia o depresión severa, tres veces más frecuente en el parto pélvico que en el parto en presentación de vértice, cuando se incrementó la operación Cesárea de 22 a 94% por ésta causa.

Huchcroft mencionado por Danforth (2) no encontró ninguna diferencia en la clasificación de APGAR tanto si el producto en presentación pélvica nació por parto o por Cesárea. Gimovsky y Cols. en la Universidad de Columbia y Pitkin y Zlatnik han adoptado una conducta conservadora en el manejo de la presentación pélvica; en general si la edad gestacional es de 38-42 semanas, el peso estimado del producto ésta entre 2,000 y 4,000 grs., si la pelvis se considera adecuada, tanto desde el punto de vista clínico como por radiocefalopelvimetría, no existen anomalías fetales descartadas por ultrasonografía, monitorización, si la dilatación cervical progresa 1 cm. por hora en primíparas y 1.3 cm. en múltiparas permiten el parto pélvico, no emplean oxitocina salvo para inicial el trabajo de parto en presencia de ruptura prematura de membranas. Los autores experimentaron con 488 casos en presentación pélvica en los cuáles el feto peso 2000 grs. o más. Los resultados finales fueron de 35 a 40 % de las pacientes terminaron en Cesárea . Coella reporta datos similares tanto en un estudio retrospectivo de 376 neonatos como en otro prospectivo de 208 mujeres en trabajo de

parto con feto de término, único y en presentación pélvica completa (16,17).

La operación Cesárea electiva se recomienda para las diabéticas con pesos fetales de 4250 grs., o más y se recomienda la prueba de trabajo de parto para fetos de pacientes no diabéticas con peso de 4000 grs., si no existe contraindicación obstétrica y en todos los casos, el Médico debe estar vigilante en cuánto a anomalías de la labor en fetos macrosómicos (18).

En algunos casos, el nacimiento vaginal después del nacimiento por Cesárea podría representar el método de alumbramiento más seguro para la mujer embarazada y el feto. Inicialmente una elección disponible para aquellas pacientes que satisfacen criterios de entrada limitados tales como; gestación sencilla o única con una presentación de cabeza y una cicatriz uterina transversal baja previa, los estudios sugieren que pueden esperarse resultados maternos y neonatales favorables para muchas mujeres que satisfacen éstos criterios. Los gemelos, los cuáles ocurren en aproximadamente el 1 % de todos los embarazos, representan un grupo pequeño pero significativo de pacientes que podrían ser considerados como candidatos para una prueba de labor después, de un nacimiento por Cesárea previa (24).

OBJETIVO

Analizar las indicaciones de Cesárea en el Hospital de Gineco-obstetricia No.3 del C.M.R. y en el HGSZ-1 de San Luis Río Colorado, Sonora, realizando un estudio comparativo entre ambos para saber y conocer si nuestro criterios médico-quirúrgicos son los correctos y así determinar las causas que incrementan la frecuencia de la operación Cesárea.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado el incremento en el índice de Cesáreas en la últimas décadas, y el porcentaje tan elevado que se reporta en ambos Hospitales, HGO3 CMR y HGSZ 1, se analizarán las indicaciones de operación Cesárea, realizando una revisión de expedientes del archivo clínico de ambos Hospitales.

HIPÓTESIS

- I.- Existe un aumento en la frecuencia e indicaciones de la Cesárea que no se justifica con los diagnósticos.
- II.- Existe un aumento en la frecuencia e indicaciones de la Cesárea en el HGO 3 CMR y HGSZ 1 dado el tipo de población que se maneja.
- III.- No se ha observado un aumento importante en la frecuencia e indicaciones de la Cesárea en el HGO 3 CMR y en HGSZ 1 a pesar del tipo de población manejada.

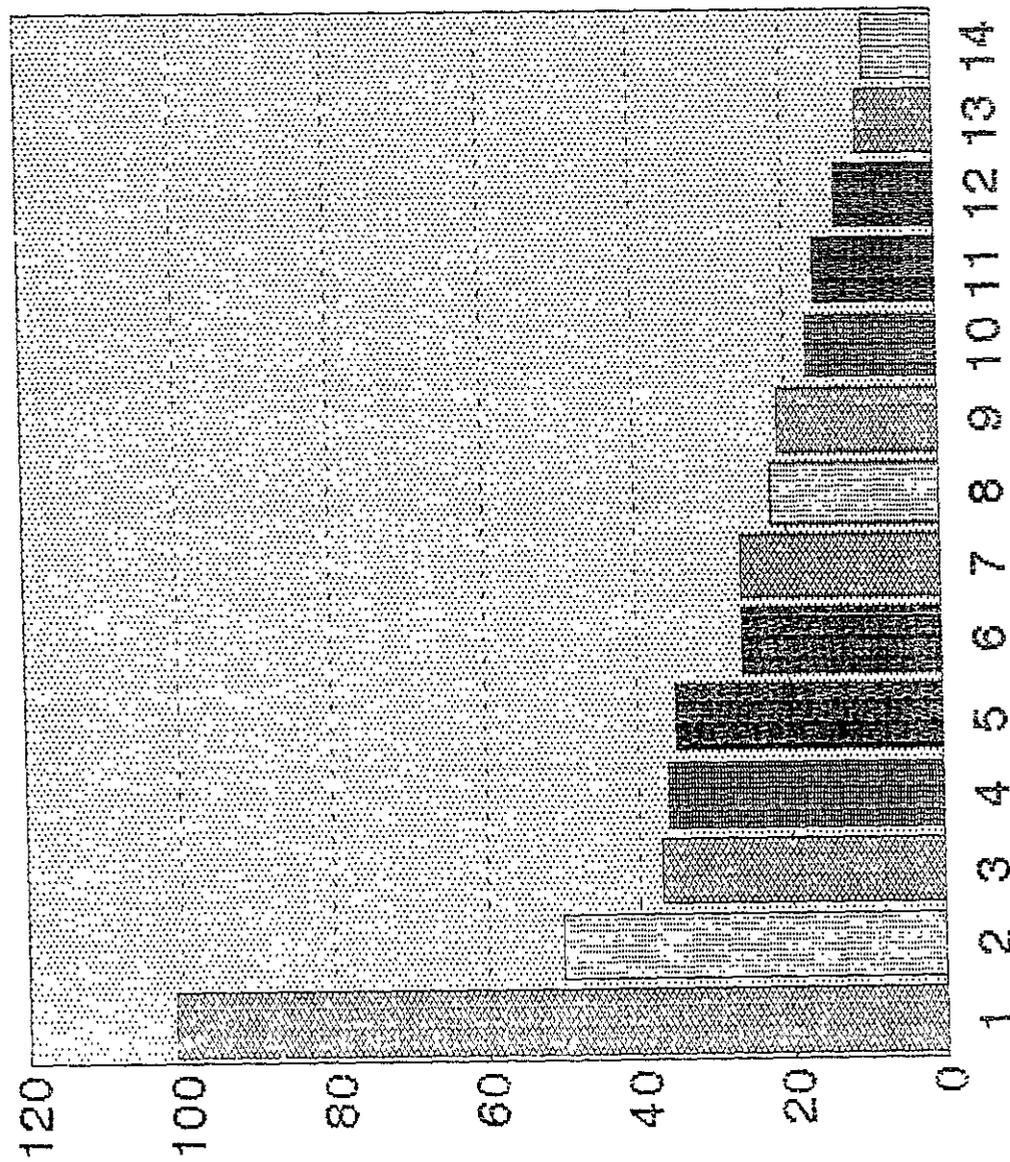
MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará una revisión de expedientes clínicos en los archivos del HGO 3 CMR y HGSZ 1, de pacientes sometidos a Cesárea en el período comprendido entre los meses de Julio a Octubre de 1993, para analizar las indicaciones y valorar la justificación del procedimiento quirúrgico. Se tabulará los siguientes datos: Edad de la paciente, Edad gestacional, Indicaciones de la Cesárea, Paridad, Método definitivo de planificación familiar llevado a cabo durante la intervención quirúrgica.

CUADRO 1		INDICACIONES DE OPERACION CESAREA EN H.G.D No 3 CMR.						
MES DE JULIO DE 1993		GRUPOS DE EDAD						
NOMBRE	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	TOTAL	
1 PREECLAMPSIA GRAVE	0	15	44	34	8	0	101	
2 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	2	34	13	1	0	50	
3 PERIODO INTERGENESICO CORTO	0	8	17	12	0	0	37	
4 DESPROPORCION CEFALOPELVICA	0	1	25	9	1	0	36	
5 SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	0	2	20	11	2	0	35	
6 CESAREA PREVIA	0	2	17	6	1	0	26	
7 EMBARAZO GENERAL	0	3	15	7	1	0	26	
8 PLACENTA PREVIA	0	3	10	8	1	0	22	
9 DIABETES MELLITUS	0	5	10	6	0	0	21	
10 PRESENTACION PELVICA	0	3	8	4	2	0	17	
11 MUERTE INTRAUTERINA	0	2	11	3	0	0	16	
12 PREECLAMPSIA LEVE	0	6	4	2	1	0	13	
13 POLIHIDRAMNIOS	0	2	2	6	0	0	10	
14 BAJA RESERVA FETAL	0	0	2	5	2	0	9	
TOTAL DE CESAREAS							419	
TOTAL DE PARTOS	1	21	81	43	7	0	153	

INDICADORES DE OPERACION CESAREA H.G.O. N° 3 CMR

MES DE JULIO DE 1993

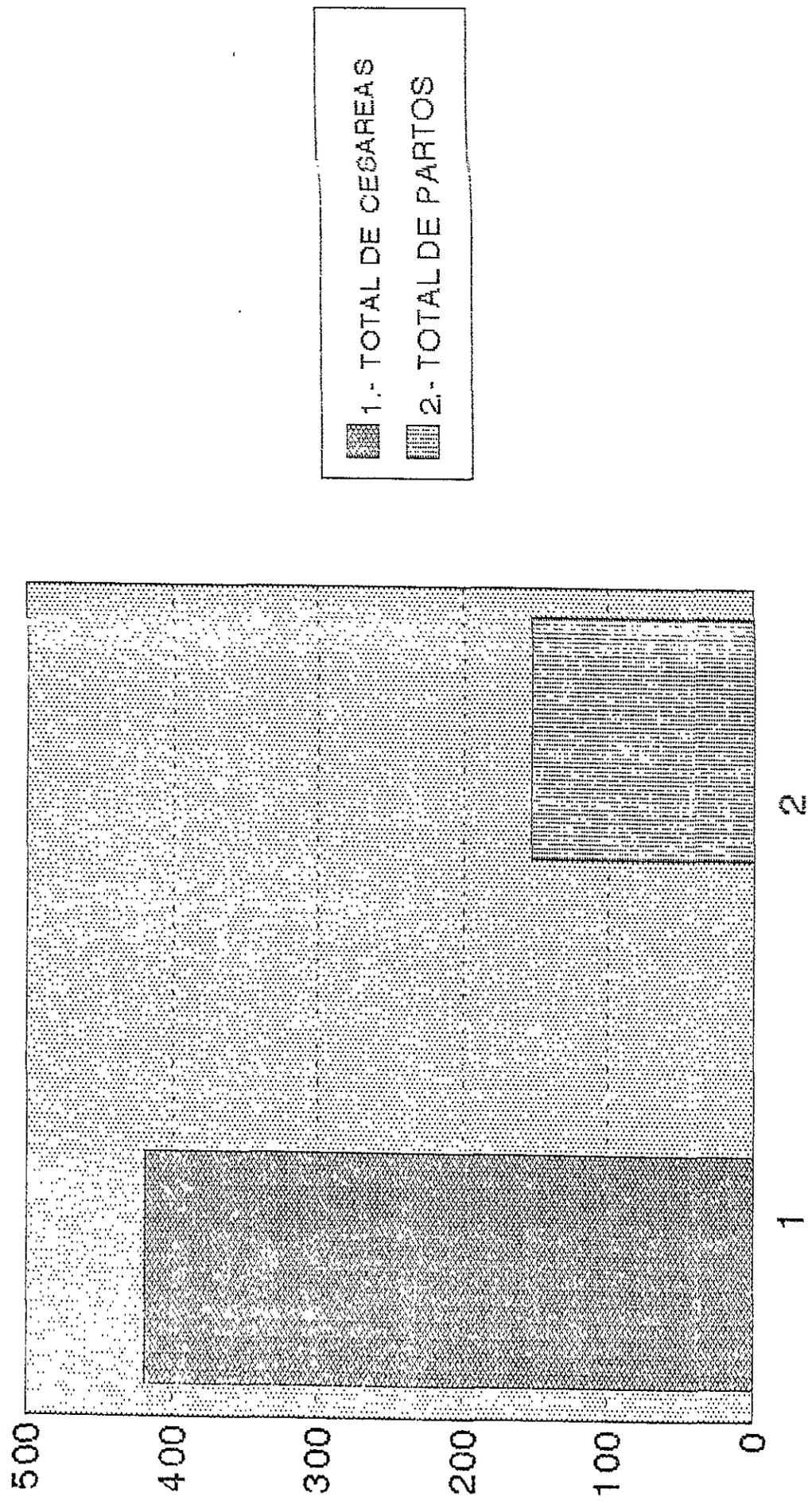


CUADRO 1

- 14.-BAJA RESERVA FETAL
- 13.-POLIHIDRAMNIOS
- 12.-PREECLAMPSIA LEVE
- 11.-MUERTE INTRAUTER.
- 10.-PRESENT. PELVICA
- 9.-DIABETES MELLITUS
- 8.-PLACENTA PREVIA
- 7.-EMBARAZO GEMELAR
- 6.-CESAREA PREVIA
- 5.-SUFRIM.FETAL AGUDO
- 4.-DESP.CEFALOPELVICA
- 3.-PERIOD.INTERG.CORTO
- 2.-RUPT.PREM. DE MEMB.
- 1.-PREECLAMPSIA GRAVE

COMPARACION ENTRE TOTAL DE PARTOS Y TOTAL DE CESAREAS

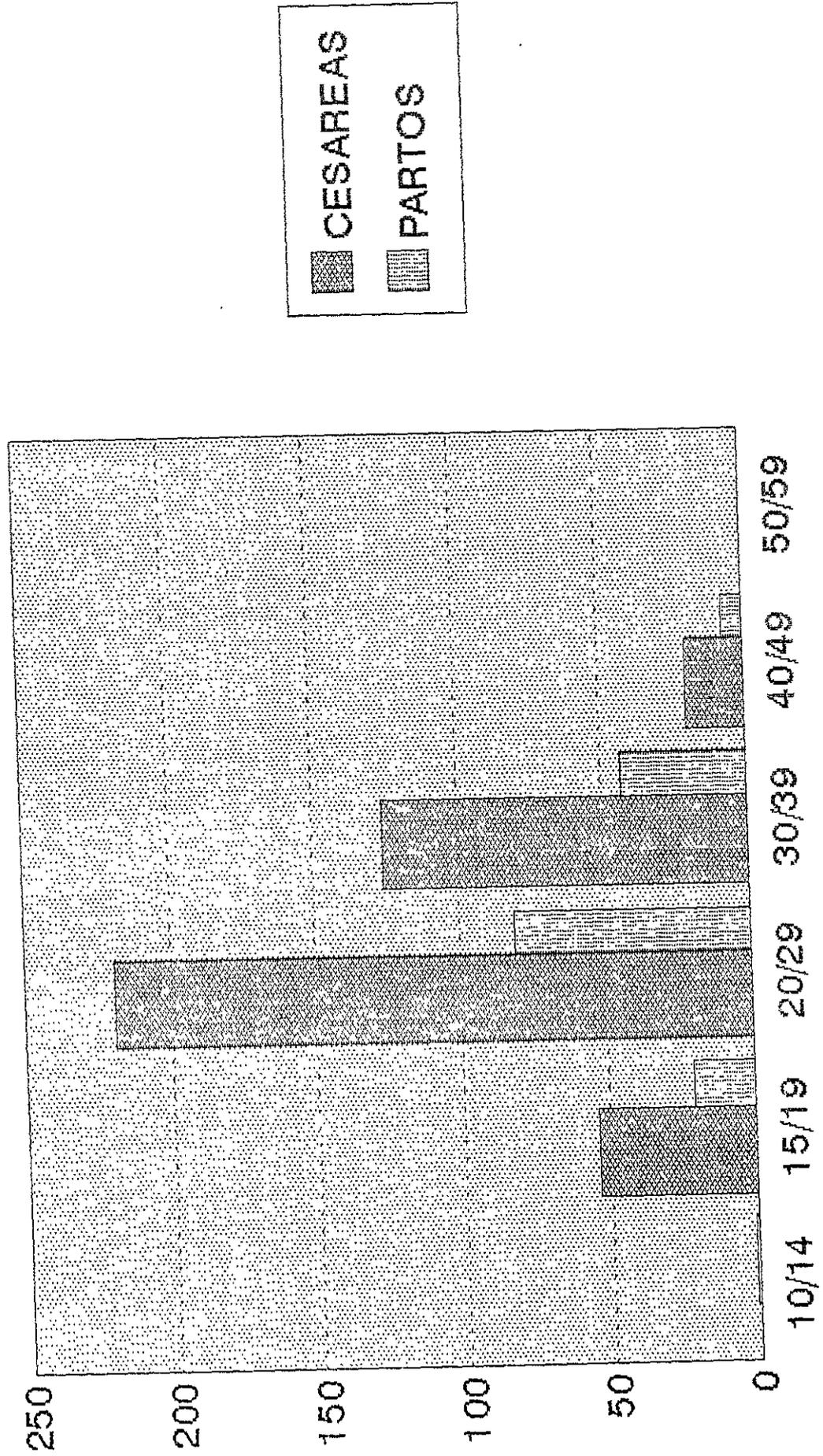
MES DE JULIO DE 1993 H.G.O. N° 3 CMR



CUADRO 1

COMPARACION ENTRE GRUPOS DE EDADES CESAREAS Y PARTOS

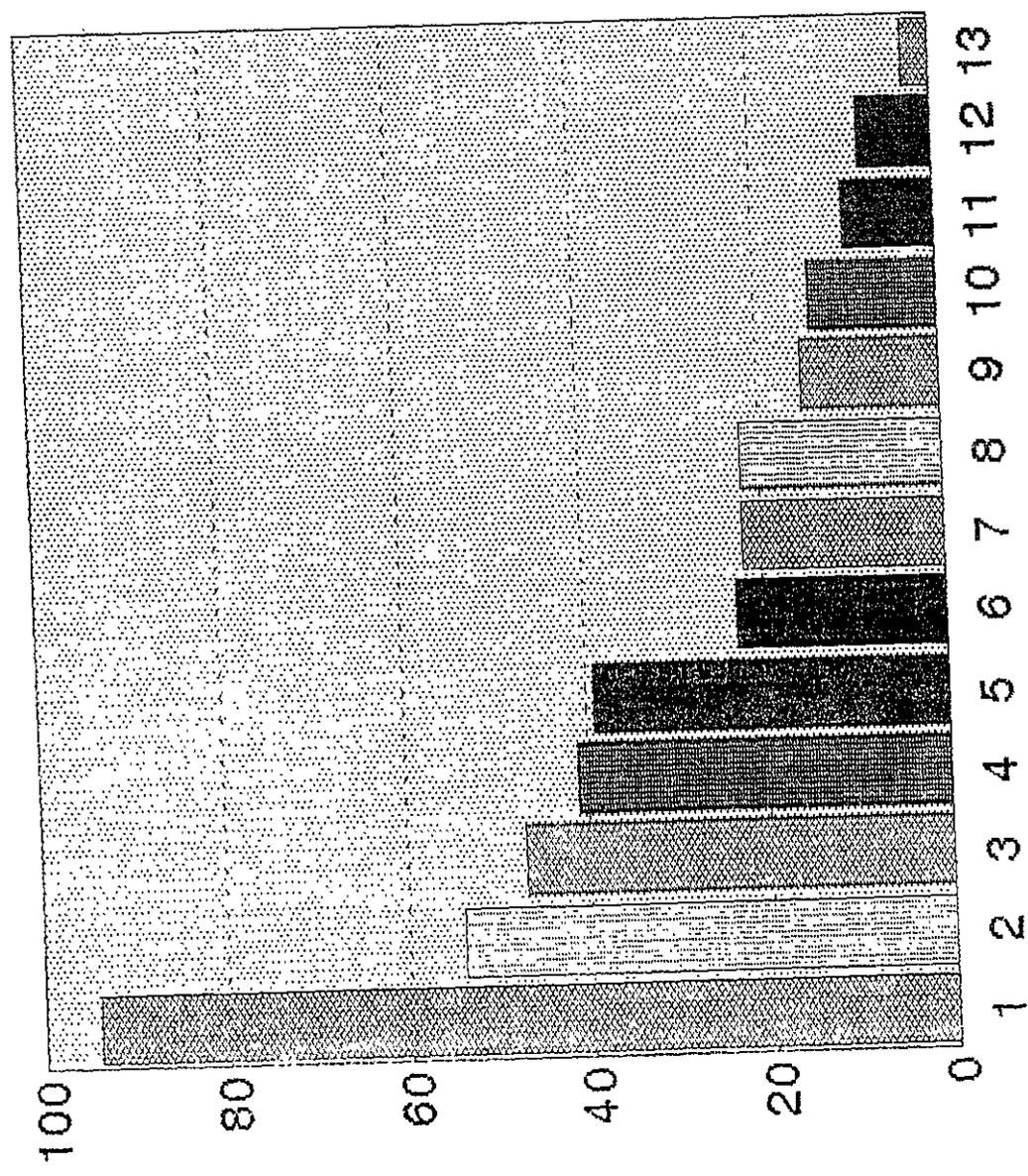
MES DE JULIO DE 1993 H. G. O. Nº 3 CMR



CUADRO 1

CUADRO 2		INDICACIONES DE OPERACION CESAREA EN H.G.O No 3 CMR.						
MES DE AGOSTO DE 1993		GRUPOS DE EDAD						
No	NOMBRE	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	TOTAL
1	IPRECLAMPSIA GRAVE	0	8	57	23	6	0	94
2	ISUFIMIENTO FETAL AGUDO	0	6	30	16	2	0	54
3	IRUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	2	31	13	1	0	47
4	IDESPROPORCION CEFALOPELVICA	0	3	23	15	0	0	41
5	ICESAREA PREVIA	0	2	24	13	0	0	39
6	IDIABETES MELLITUS	0	0	12	8	3	0	23
7	IPLACENTA PREVIA	0	0	9	12	1	0	22
8	IEMBARAZO GEMELAR	0	3	13	6	0	0	22
9	IPRESENTACION PELVICA	0	0	8	6	1	0	15
10	IPRECLAMPSIA LEVE	0	6	3	2	3	0	14
11	IPERIODDO INTERGENESICO CORTO	0	4	5	1	0	0	10
12	IEMBARAZO PROLONGADO	0	3	1	2	2	0	8
13	IPOLIHIDRAMNIOS	0	0	0	2	1	0	3
ITOTAL DE CESAREAS								392
ITOTAL DE PARTOS		0	22	91	45	2	0	160

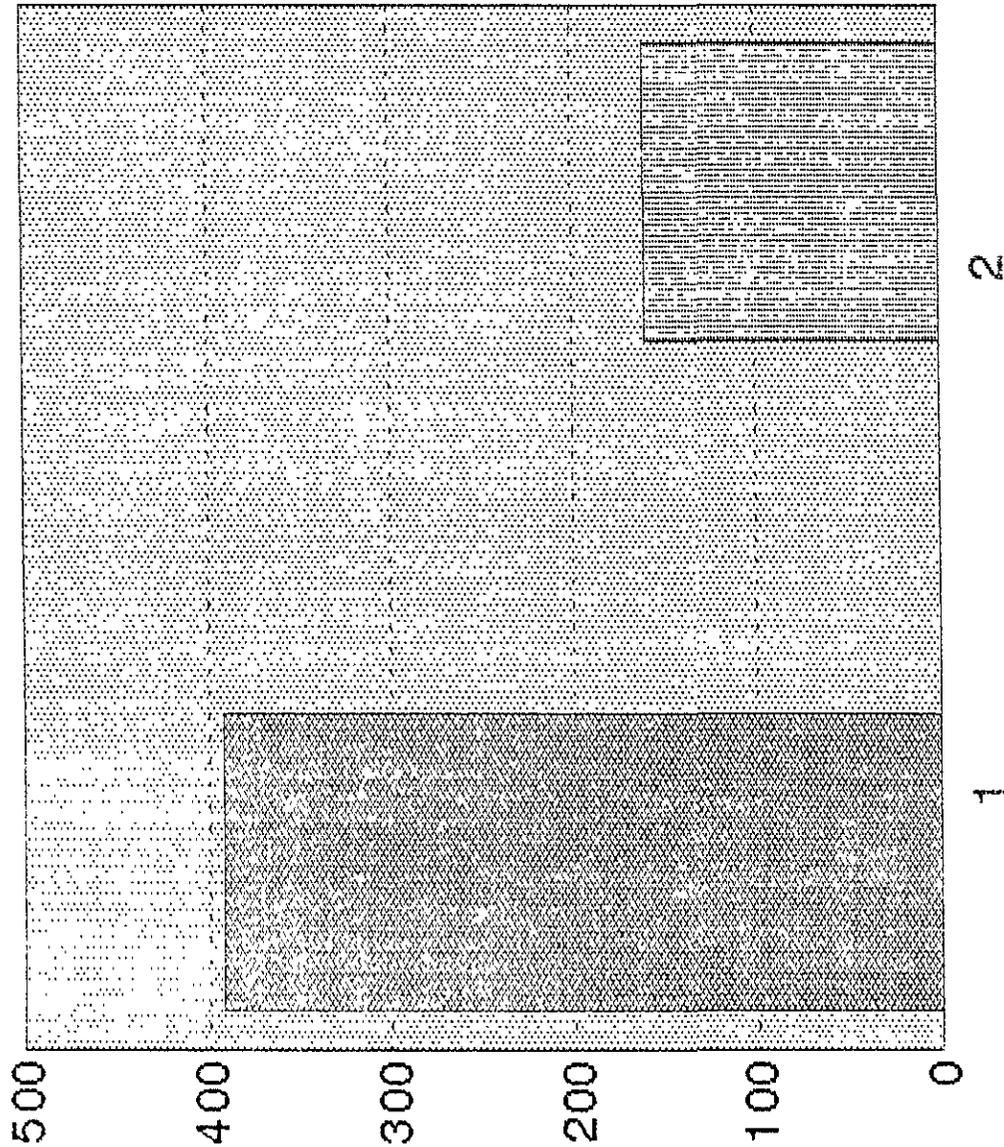
- 13.- POLIHIDRAMNIOS
- 12.- EMBARAZO PROLONG.
- 11.- PER. INTERG. CORTO
- 10.- PREECLAMPSIA LEVE
- 9.- PRESENT. PELVICA
- 8.- EMBARAZO GEMELAR
- 7.- PLACENTA PREVIA
- 6.- DIABETES MELLITUS
- 5.- CESAREA PREVIA
- 4.- DESPROP. CEFALOPELV.
- 3.- RUP. PREM. DE MEMB.
- 2.- SUFRIM. FETAL AGUDO
- 1.- PREECLAMPSIA GRAVE



CUADRO 2

COMPARACION ENTRE TOTAL DE PARTOS Y TOTAL DE CESARIEAS

MES DE AGOSTO DE 1993 H. G. O. N° 3 CMR

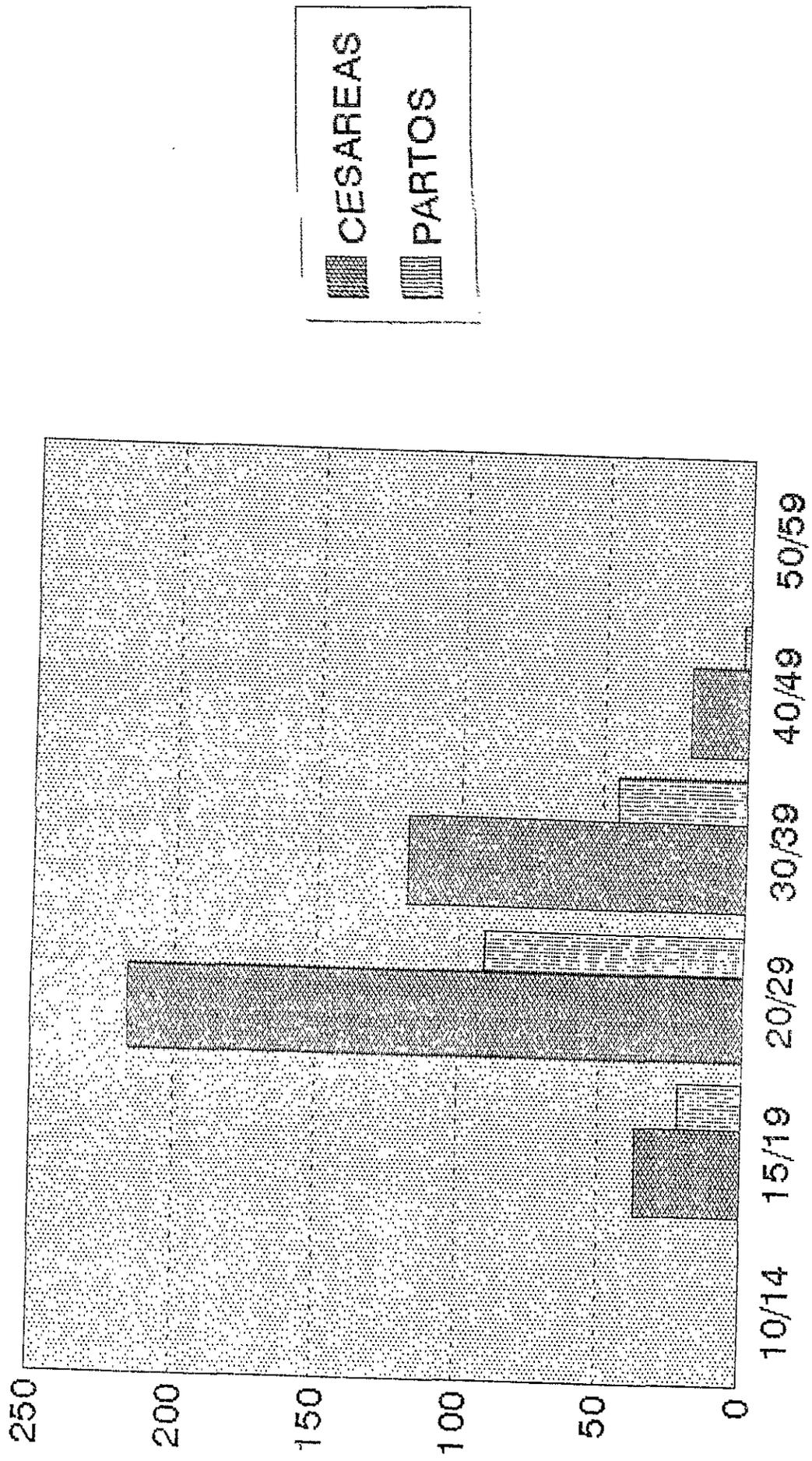


1.- TOTAL DE CESARIEAS
2.- TOTAL DE PARTOS

CUADRO 2

COMPARACION ENTRE GRUPOS DE EDADES CESARIANAS Y PARTOS

MES DE AGOSTO DE 1996 H. G. O. CMR



CESAREAS
PARTOS

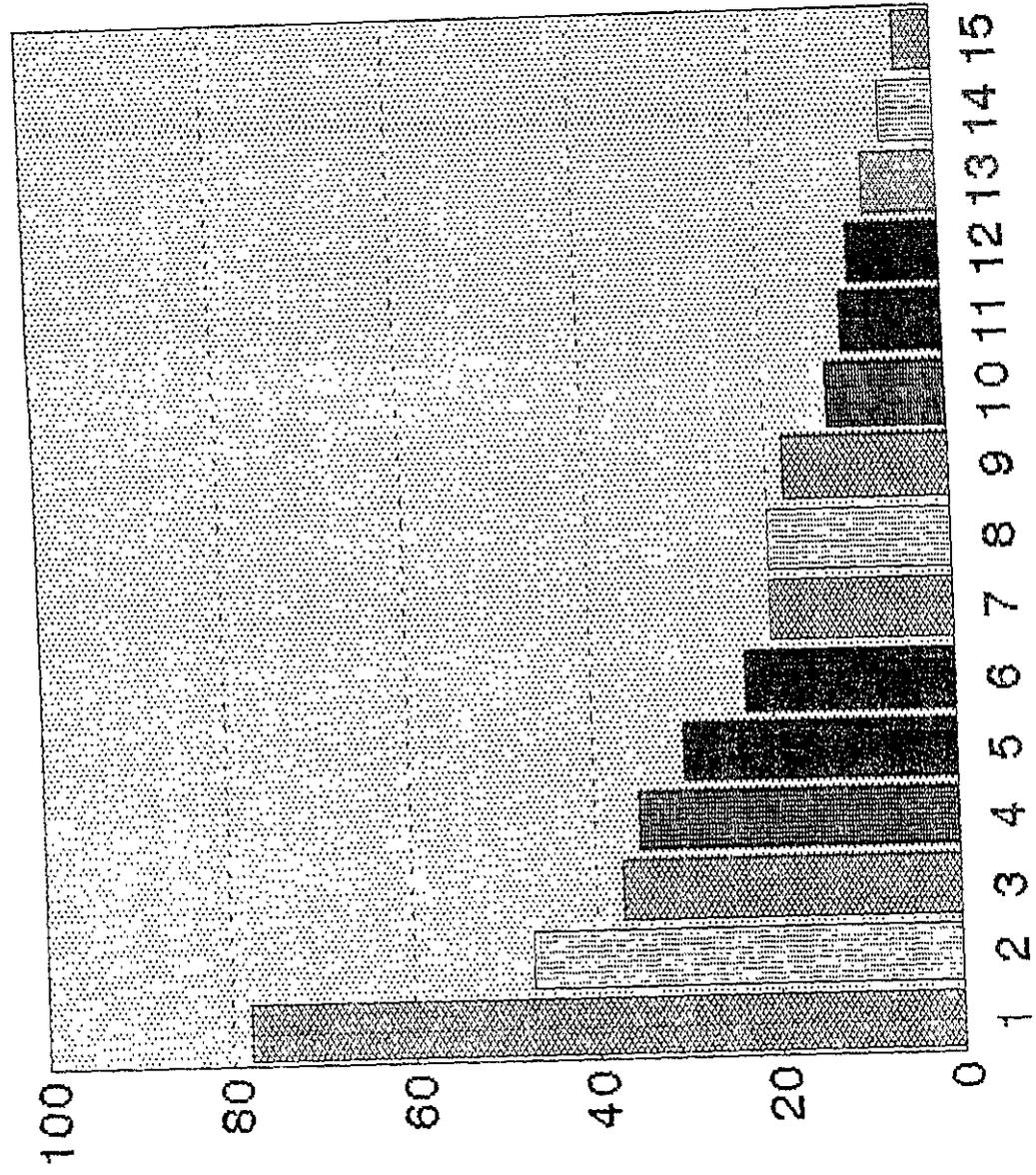
CUADRO 2

CUADRO 3		INDICACIONES DE OPERACION CESAREA EN H.G.O No 3 CMR.						
MES DE SEPTIEMBRE DE 1993		GRUPOS DE EDAD						
No	NOMBRE	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	TOTAL
1	IPREECLAMPSIA GRAVE	0	2	52	19	5	0	78
2	IRUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	8	26	13	0	0	47
3	IDESPROPORCION CEFALO PELVICA	0	2	20	15	0	0	37
4	ISUFRIMIENTO FETAL AGUDO	0	5	17	12	1	0	35
5	ICESAREA PREVIA	0	2	12	16	0	0	30
6	IPREECLAMPSIA LEVE	0	8	5	8	2	0	23
7	IPRESENTACION PELVICA	0	2	9	8	1	0	20
8	IPERIODO INTERGENESICO CORTO	0	6	9	5	0	0	20
9	IPLACENTA PREVIA	0	0	10	7	1	0	18
10	IDIABETES MELLITUS	0	0	5	7	1	0	13
11	IMUERTE INTRAUTERINA	0	0	5	5	1	0	11
12	IBAJA RESERVA FETAL	0	1	3	6	0	0	10
13	IEMBARAZO GEMELAR	0	1	4	3	0	0	8
14	IPOLIHIDRAMNIOS	0	1	3	2	0	0	6
15	ICARDIOPATIAS	0	2	1	1	0		4
ITOTAL DE CESAREAS								360
ITOTAL DE PARTOS		1	24	110	47	5	0	187

INDICACIONES DE OPERACION CESAREA H.G.O. N° 3 CMR

MES DE SEPTIEMBRE DE 1993

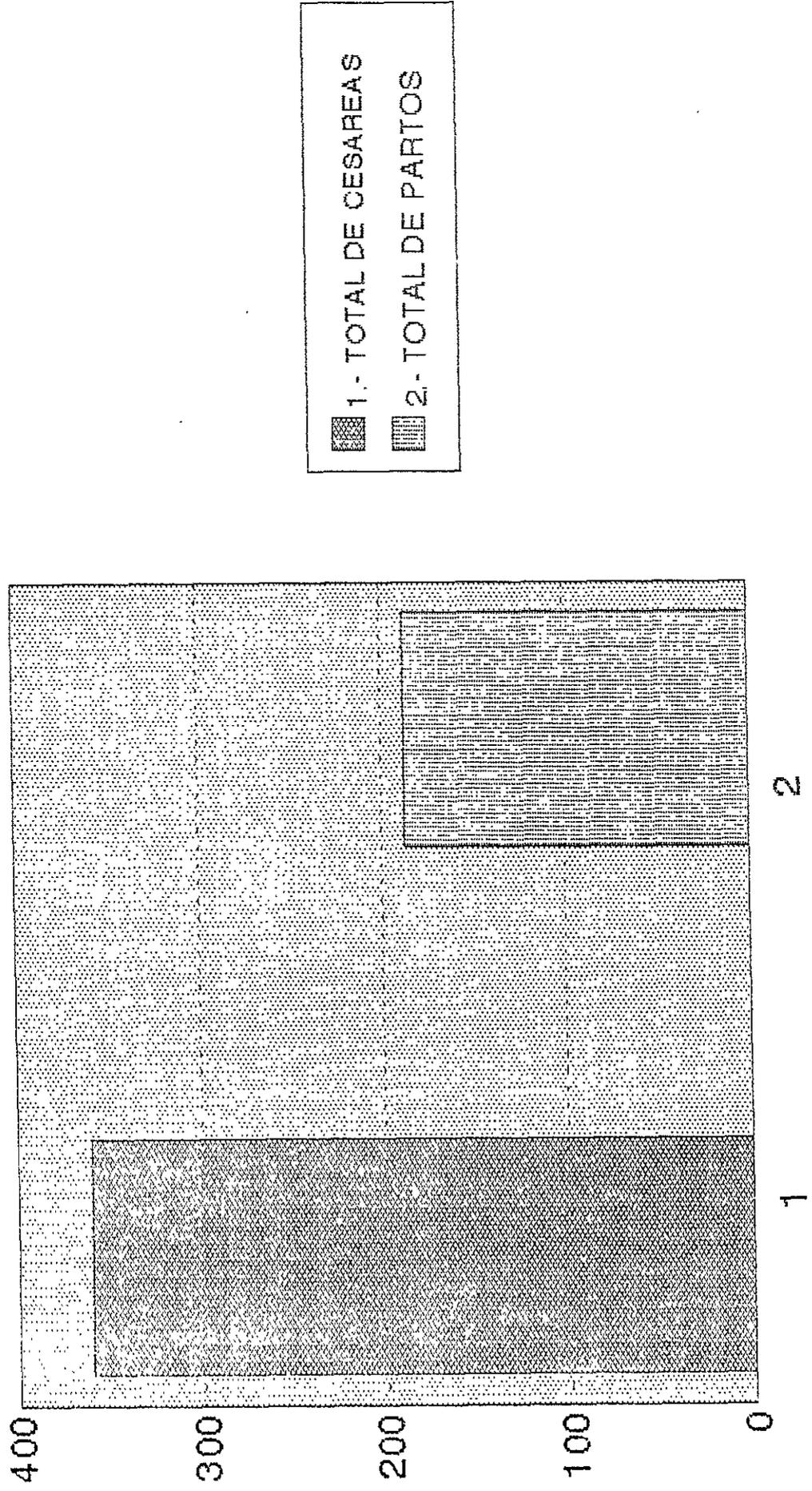
- 15.-CARDIOPATIAS
- 14.-POLIHIDRAMNIOS
- 13.-EMBARAZO GEMELAR
- 12.-BAJA RESERVA FETAL
- 11.-MUERTE INTRAUTER.
- 10.-DIABETES MELLITUS
- 9.-PLACENTA PREVIA
- 8.-P. INTERG. CORTO
- 7.-PRESENTAC. PELVICA
- 6.-PREECLAMPSIA LEVE
- 5.-CESAREA PREVIA
- 4.-SUFRIM. FETAL AGUDO
- 3.-DESPR. CEFALOPELVICA
- 2.-RUPT. PREM. DE MEMB.
- 1.-PREECLAMPSIA GRAVE



CUADRO 3

COMPARACION ENTRE TOTAL DE PARTOS Y TOTAL DE CESAREAS

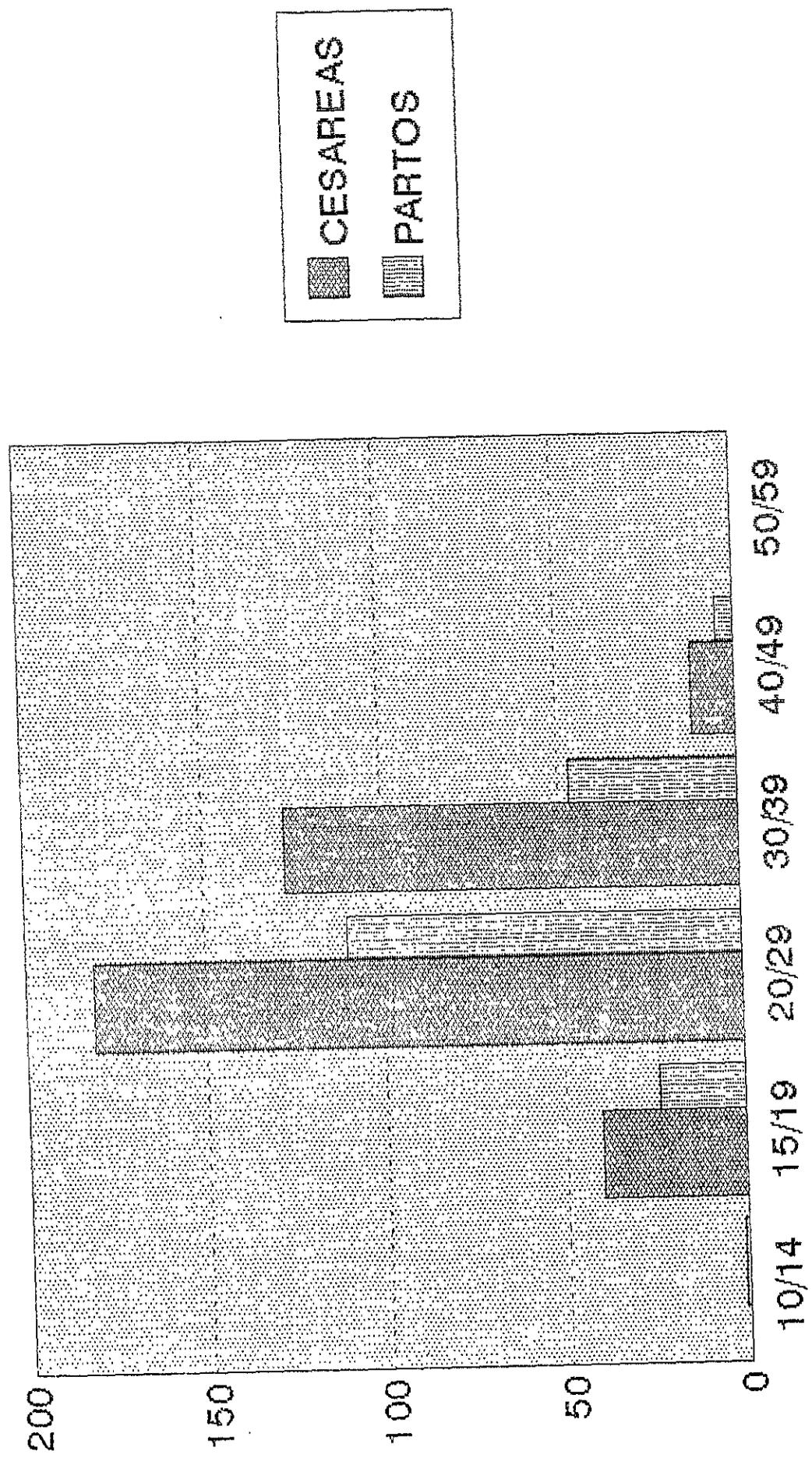
MES DE SEPTIEMBRE DE 1993 H. G. O. N° 3 CMR



CUADRO 3

COMPARACION ENTRE GRUPOS DE EDADES CESAREAS Y PARTOS

MES DE SEPTIEMBRE DE 1998 H. G. O. Nº 3 CMR

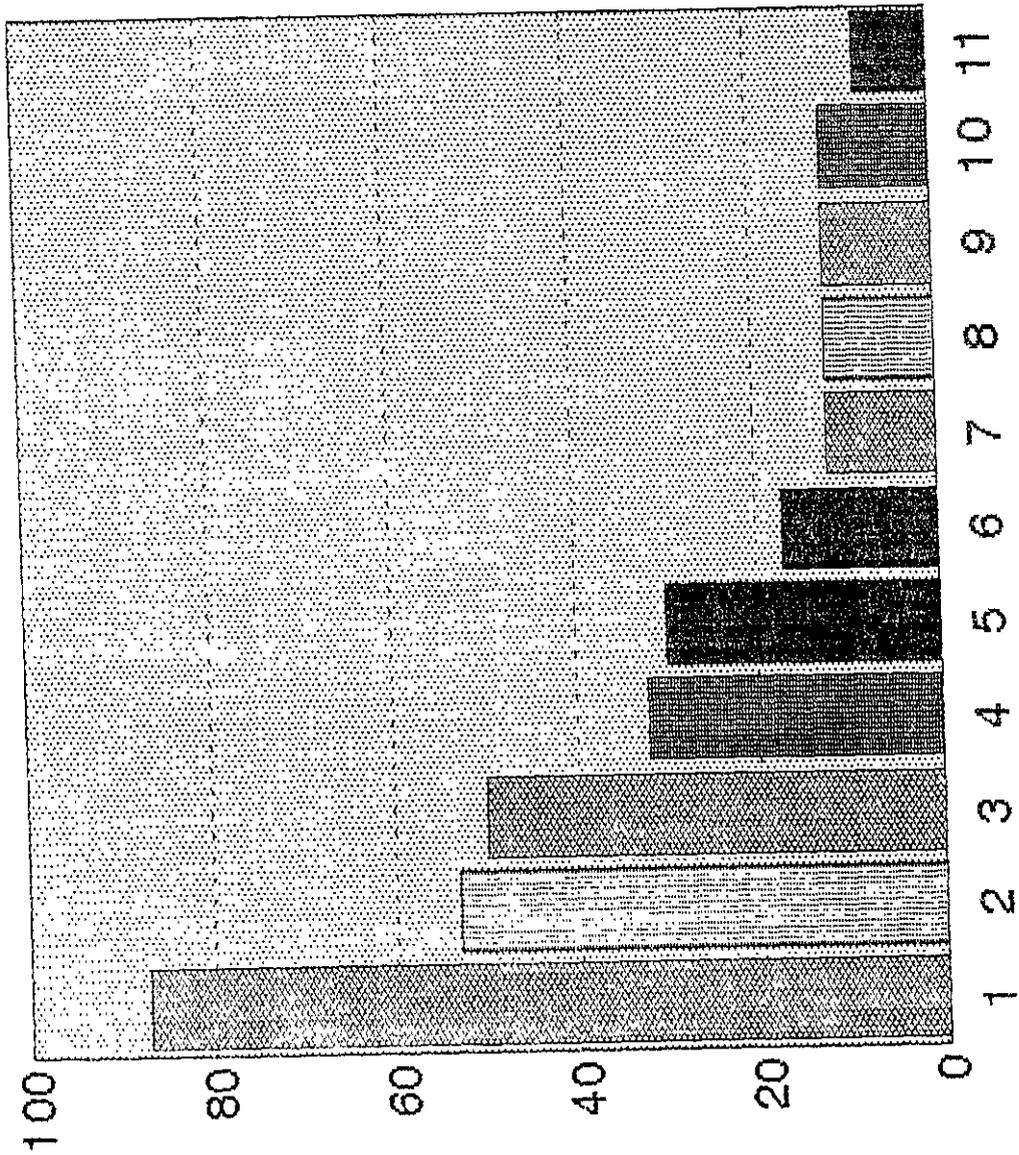


CUADRO 3

CUADRO 4		INDICACIONES DE OPERACION CESAREA EN H.G.O No 3 CHR.						
MES DE OCTUBRE DE 1993		GRUPOS DE EDAD						
No	NOMBRE	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	TOTAL
1	IPREECLAMPSIA GRAVE	0	8	41	32	6	0	87
2	IRUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1	3	34	12	3	0	53
3	IDESPROPORCION CEFALOPELVICA	0	8	29	13	0	0	50
4	ICESAREA PREVIA	0	24	8	0	0	0	32
5	ISUFRIMIENTO FETAL AGUDO	0	1	18	10	1	0	30
6	IPRESENTACION PELVICA	0	1	9	7	0	0	17
7	IPLACENTA PREVIA	0	0	7	5	0	0	12
8	IPOLIHIDRAMNIOS	0	1	5	6	0	0	12
9	IEMBARAZO GEMELAR	0	3	7	2	0	0	12
10	I PERIODO INTERGENESICO CORTO	0	5	6	1	0	0	12
11	IPREECLAMPSIA LEVE	0	3	2	2	1	0	8
ITOTAL DE CESAREAS								325
ITOTAL DE PARTOS		0	26	81	48	1	0	156

INDICACIONES DE OPERACION CESAREA H.G.O. N° 3 CMR

MES DE OCTUBRE DE 1993

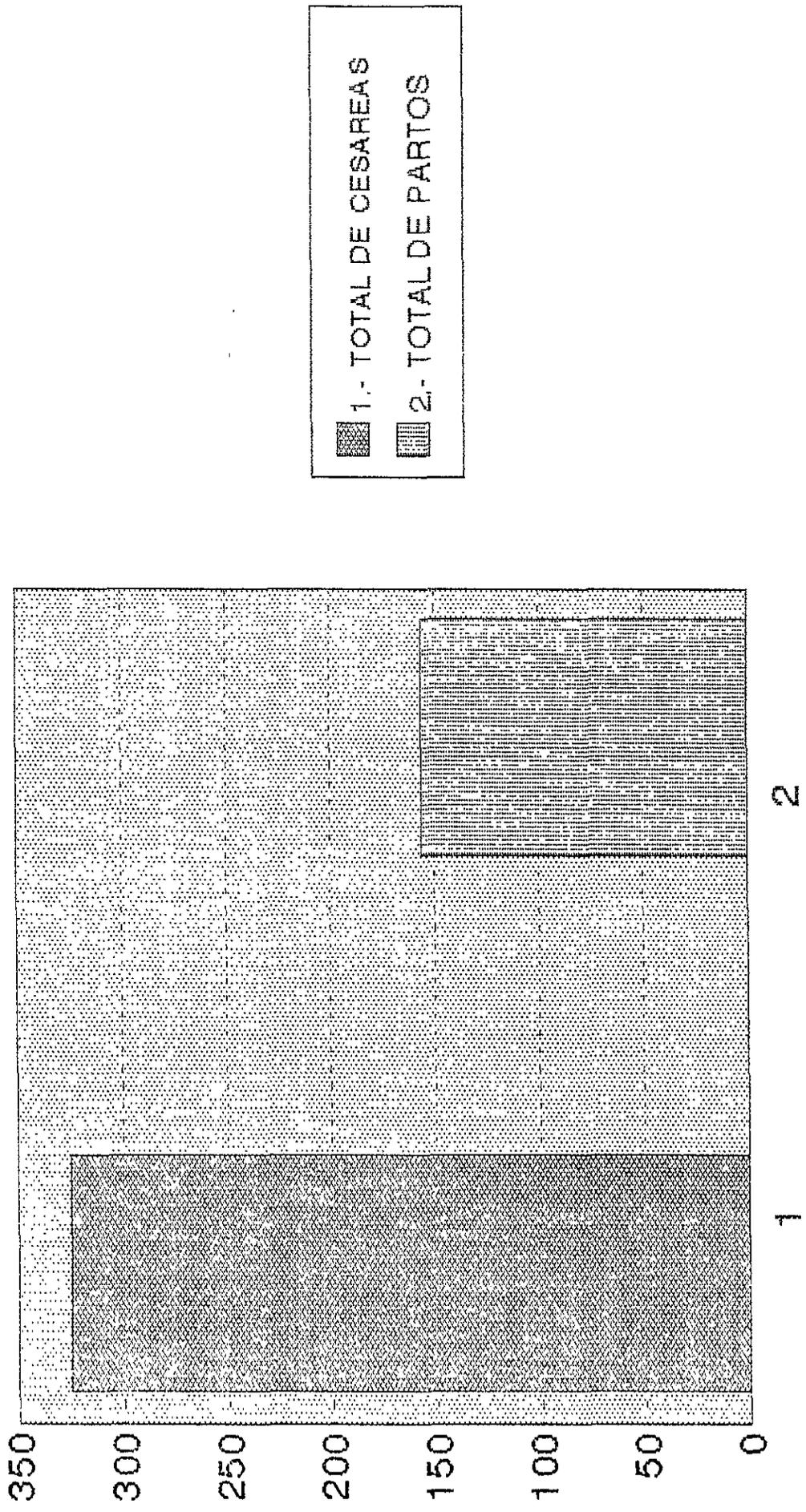


- 11.-PREECLAMPSIA LEVE
- 10.-P. INTERG. CORTO
- 9.-EMBARAZO GEMELAR.
- 8.-POLIHIDRAMNIOS
- 7.-PLACENTA PREVIA
- 6.-PRESENT. PELVICA
- 5.-SUFRIM. FETAL AGUDO
- 4.-CESAREA PREVIA
- 3.-DESPR. CEFALOFELYICA
- 2.-RUPT. PREM. DE MEMB.
- 1.-PREECLAMPSIA GRAVE

CUADRO 4

COMPARACION ENTRE TOTAL DE PARTOS Y TOTAL DE CESAREAS

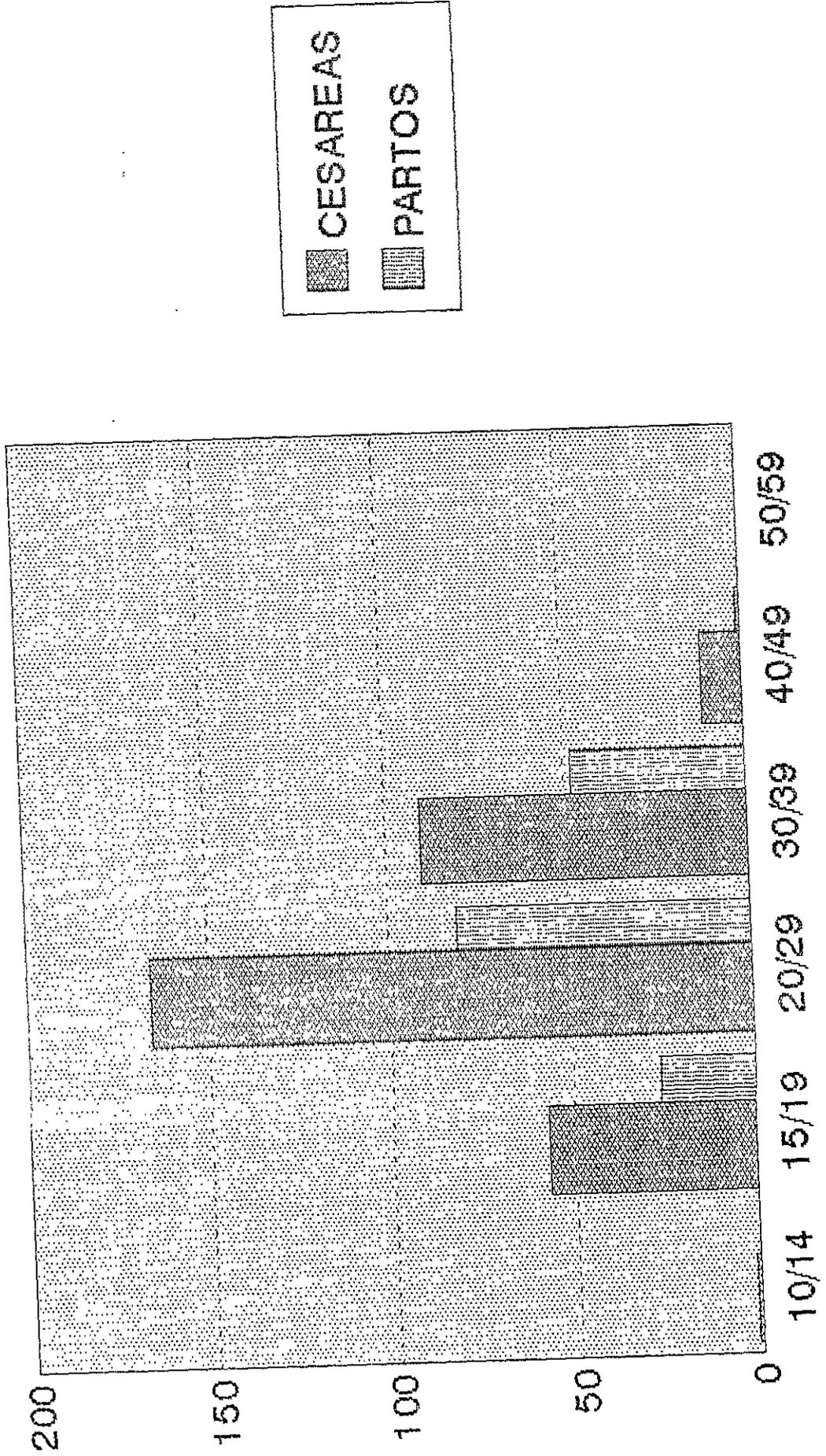
MES DE OCTUBRE DE 1995 H. G. O. N.º 3 CMR



CUADRO 4

COMPARACION ENTRE GRUPOS DE EDADES CESAREAS Y PARTOS

MES DE OCTUBRE DE 1998 H. G. O. N° 3 CMR

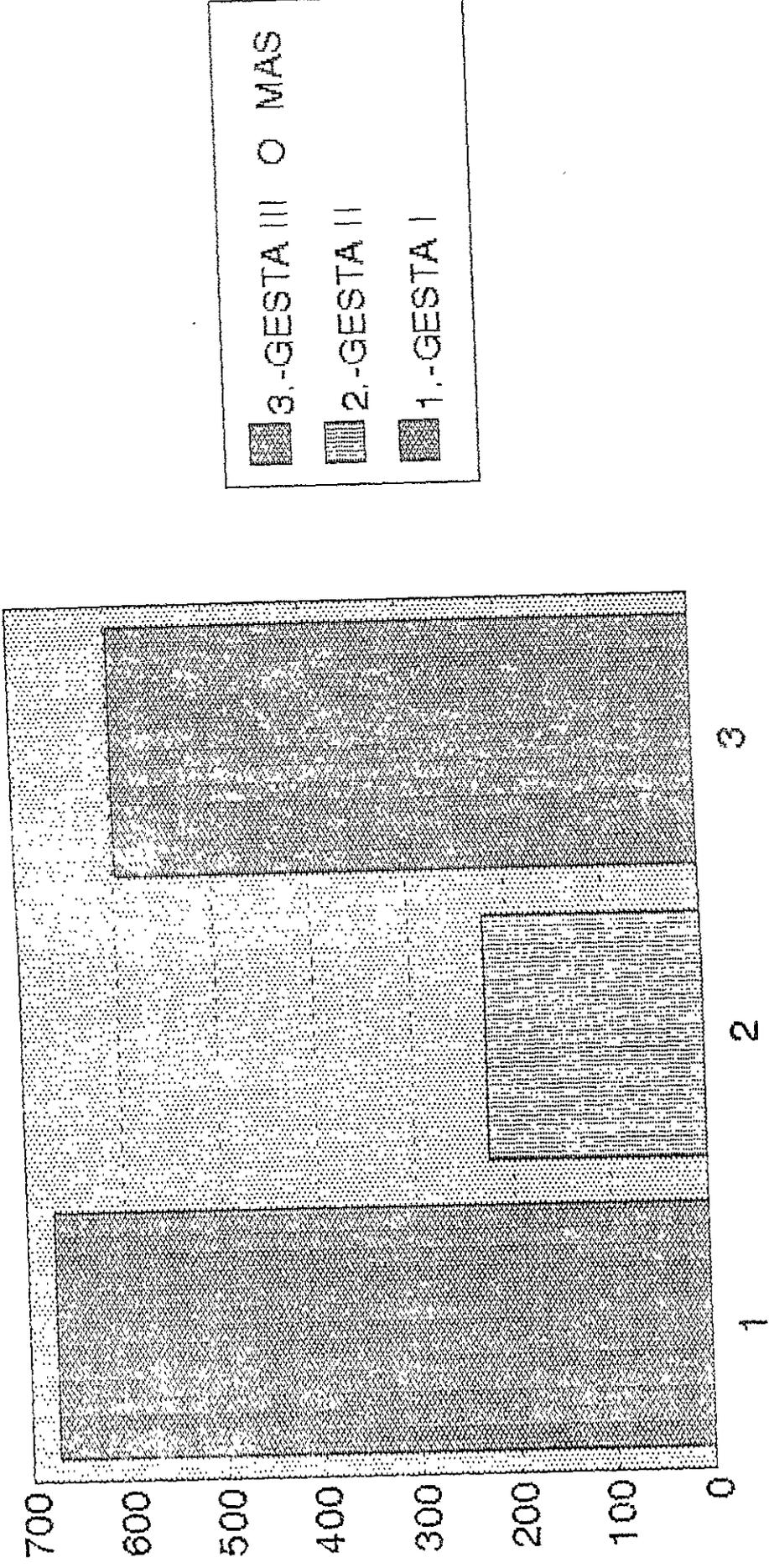


CUADRO 4

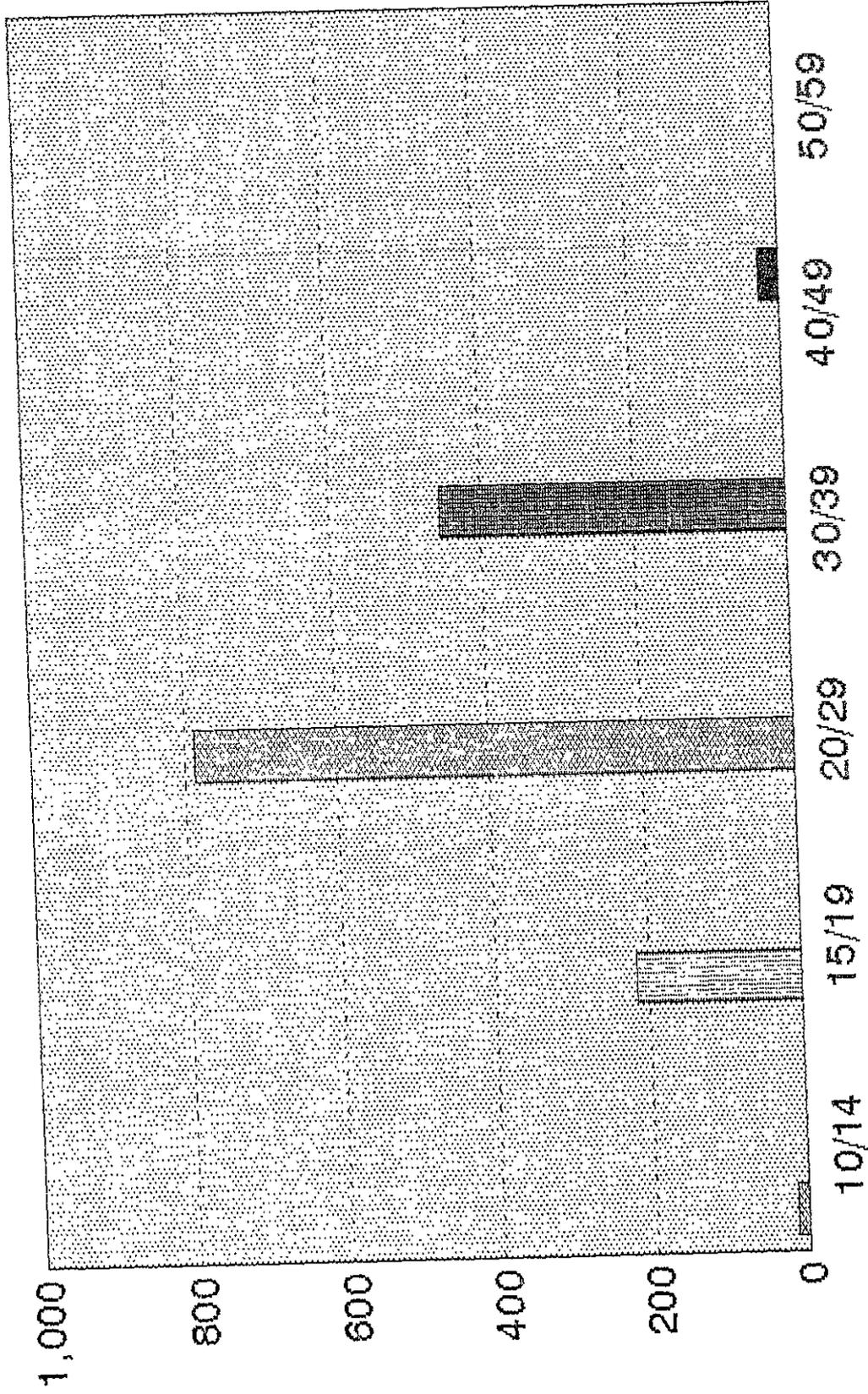
H. G. O. 3 CMR
P A R I D A D

CUADRO 5		GRUPOS DE EDAD					
NUMERO DE GESTAS	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	TOTAL	
GESTA I	1	70	397	205	0	673	
GESTA II	0	26	98	86	15	225	
GESTA III O MAS	0	120	304	163	11	598	
TOTAL	1	216	799	454	26	1,496	

PARIDAD



CUADRO 5



H. G. O. N° 3 CMR

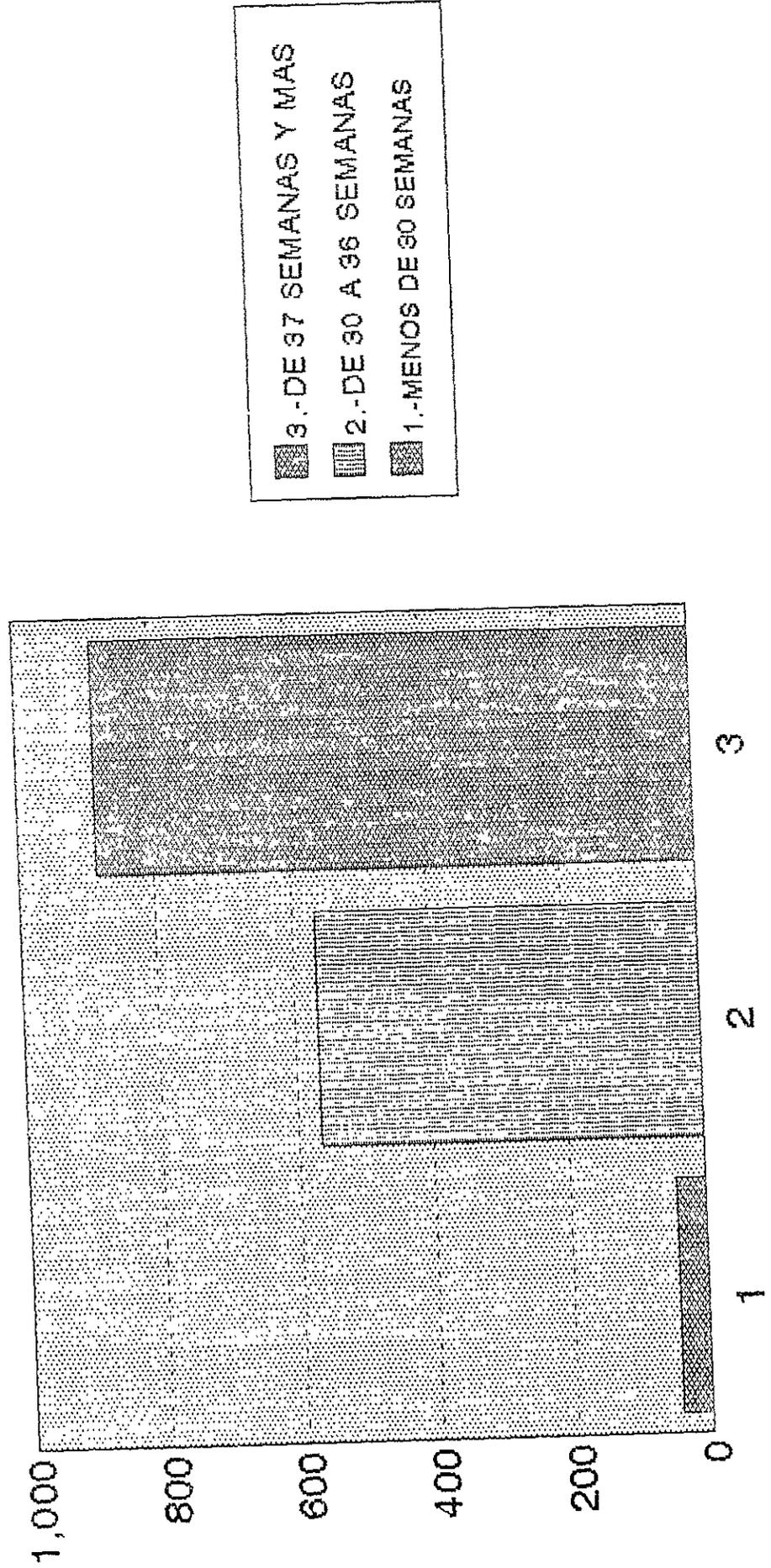
CUADRO 5

H.G.O. 3 CMR
E D A D G E S T I O N A L

CUADRO 6	
EDAD GESTIONAL	NUMERO
MEHOS DE 30 SEMANAS	45
DE 30 A 36 SEMANAS	566
DE 37 SEMANAS Y MAS	885

H. G. O. 3 CMR

EDAD GESTACIONAL

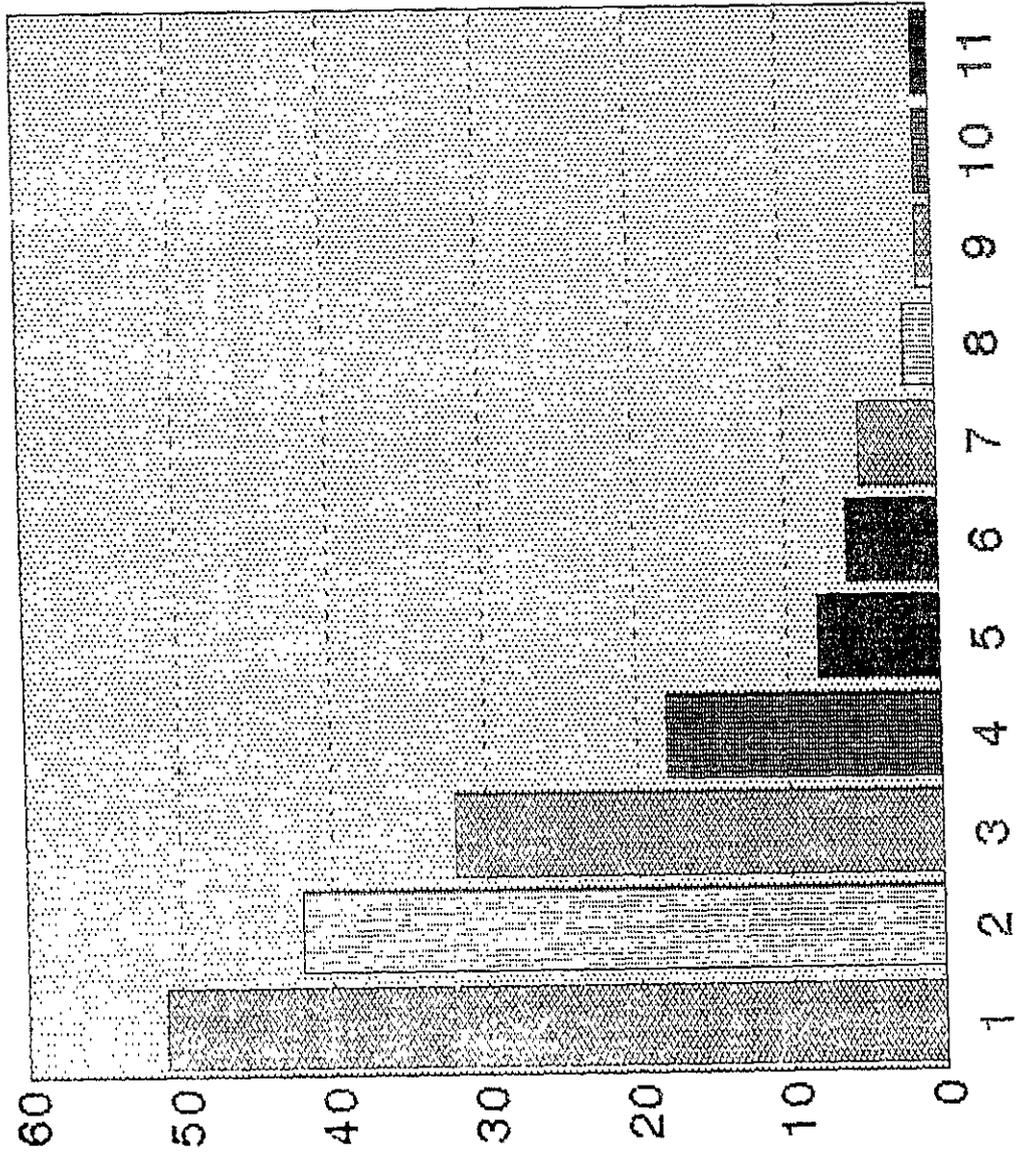


CUADRO 6

INDICACIONES DE OPERACION CESAREA EN H.G.S Z-I / MF 12							
PERIODO DEL MES DE JULIO A OCTUBRE DE 1993	GRUPOS DE EDAD						
NOMBRE	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	TOTAL
CESAREA PREVIA	0	3	37	10	1	0	51
PROPORCION CEFALOPELVICA	0	6	32	2	2	0	42
DEFICIMIENTO FETAL AGUDO	0	5	21	6	0	0	32
PREECLAMPSIA GRAVE	0	5	9	4	0	0	18
PRESENTACION PELVICA	0	3	5	0	0	0	8
CONDILOMATOSIS GENITAL	0	4	2	0	0	0	6
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	3	2	0	0	0	5
EMBARAZO PROLONGADO	0	1	0	1	0	0	2
PERIODO INTERGENESICO CORTO	0	1	0	0	0	0	1
ROBITO DE CORDON	0	1	0	0	0	0	1
EMBARAZO GEMELAR	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL DE CESAREAS							167
TOTAL DE PARTOS	0	60	205	59	6	0	330

INDICACIONES DE OPERACION CESAREA H.G.S. Z-1 C/MF 12

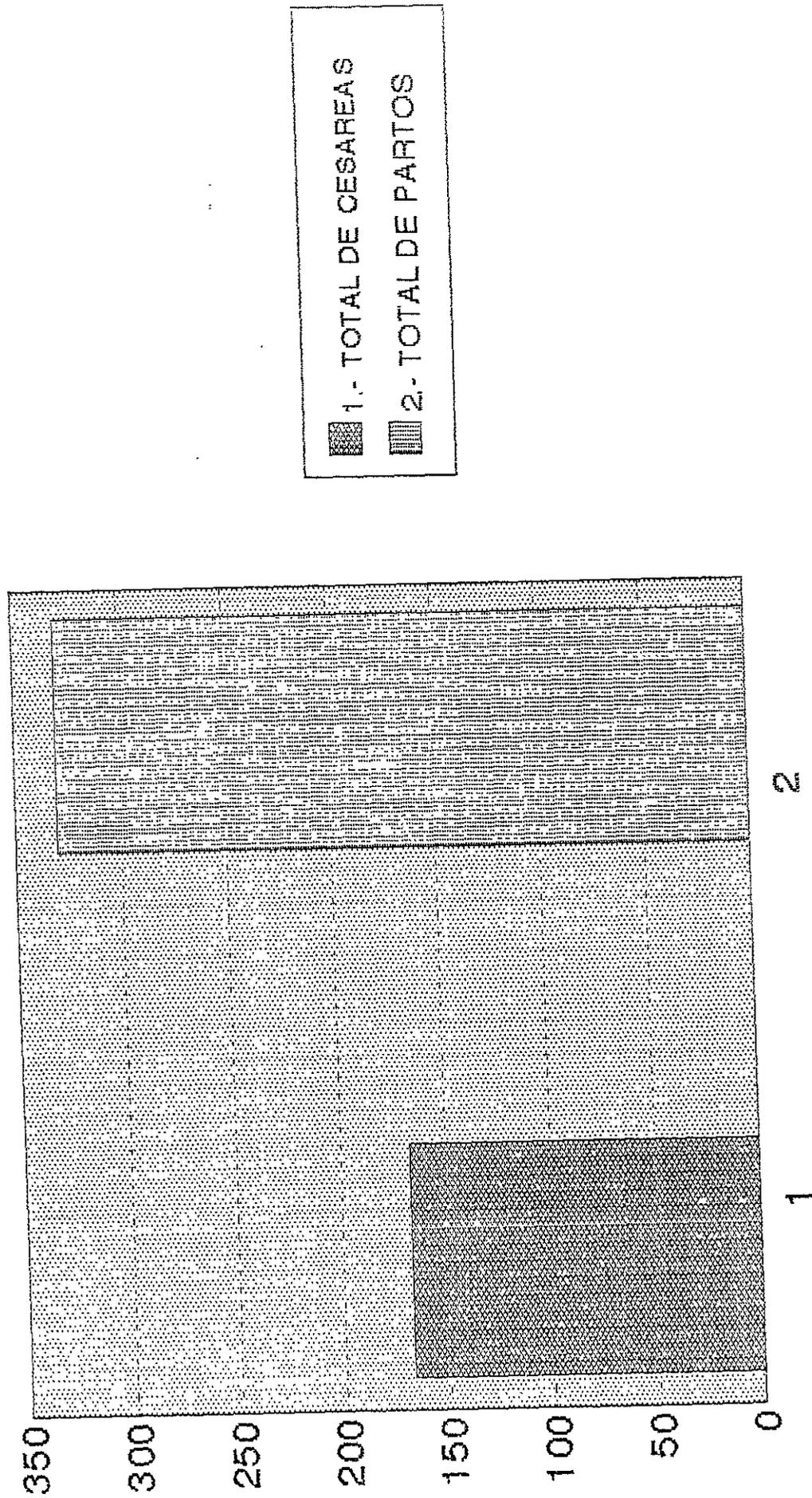
PERIODO DEL MES DE JULIO A OCTUBRE 1993



CUADRO 7

COMPARACION ENTRE TOTAL DE PARTOS Y TOTAL DE CESAREAS

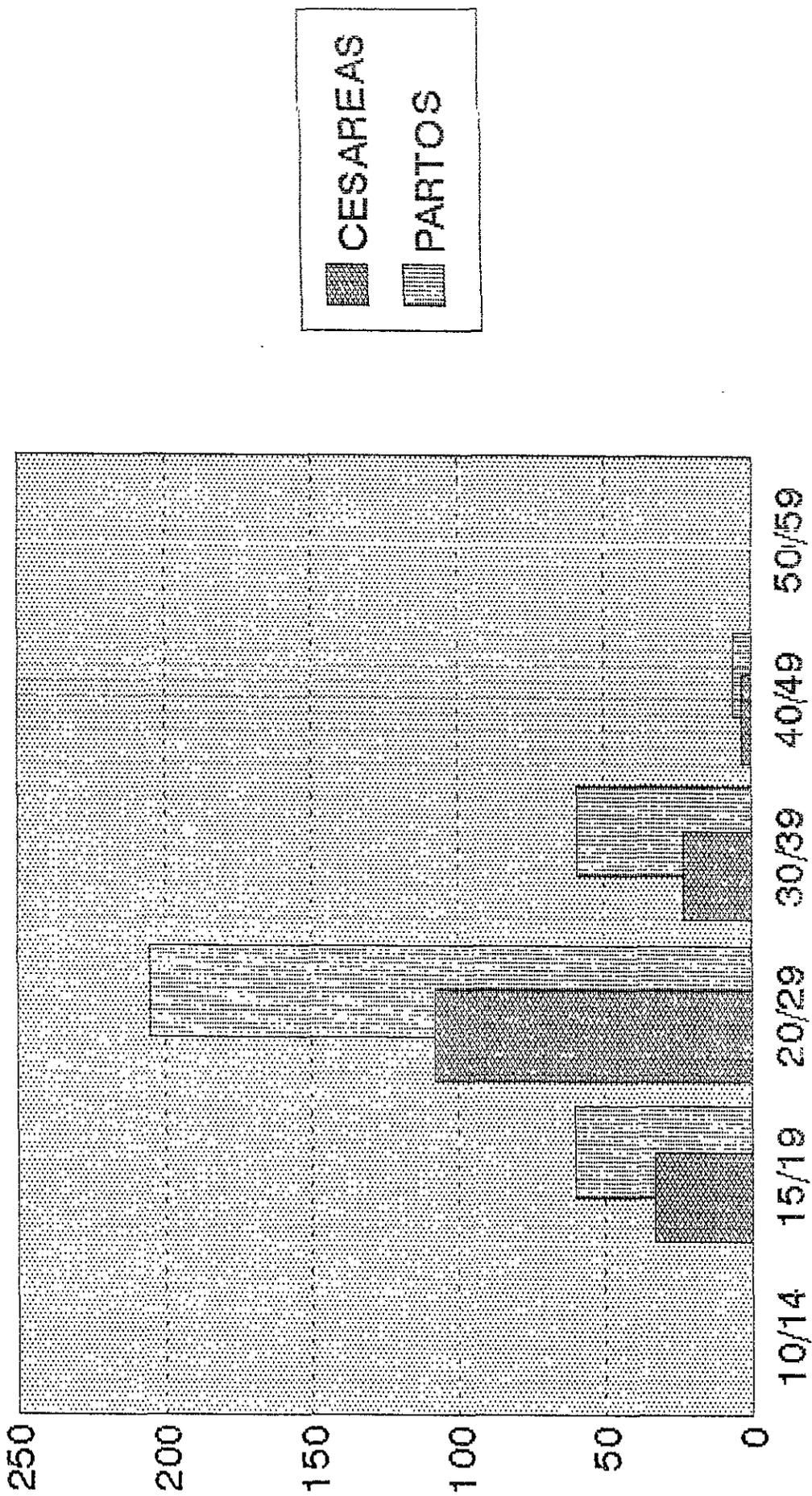
PERIODO DEL MES DE JULIO A OCTUBRE DE 1993 H.G.S. Z-I C/MF 12



CUADRO 7

COMPARACION EN LOS GRUPOS DE EDADES CESAREAS Y PARTOS

PERIODO MES DE JULIO A OCTUBRE DE 1993 H. G. S. Z-1 C/MF 12



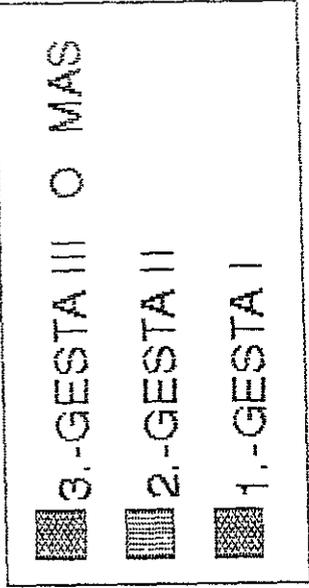
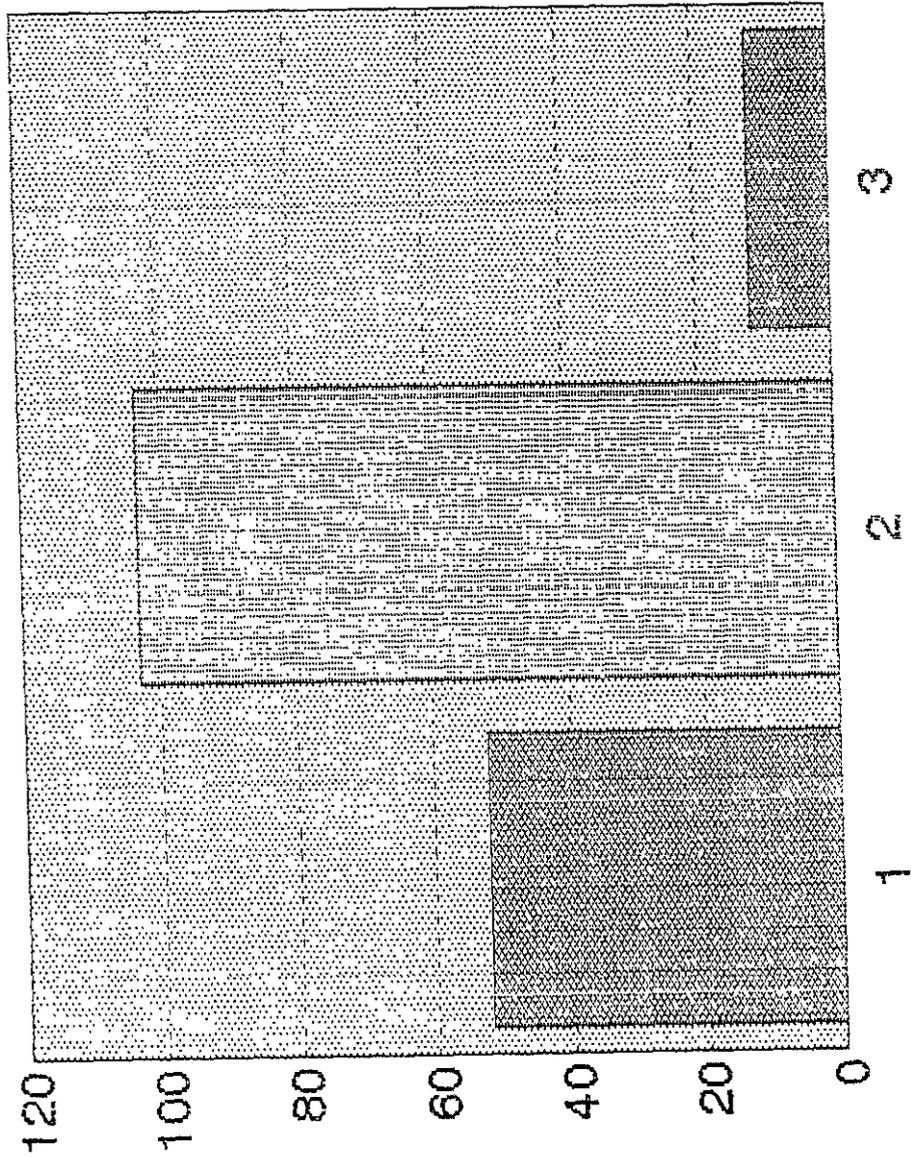
CUADRO 7

H. G. S. 2-I C/MF 12
P A R I D A D

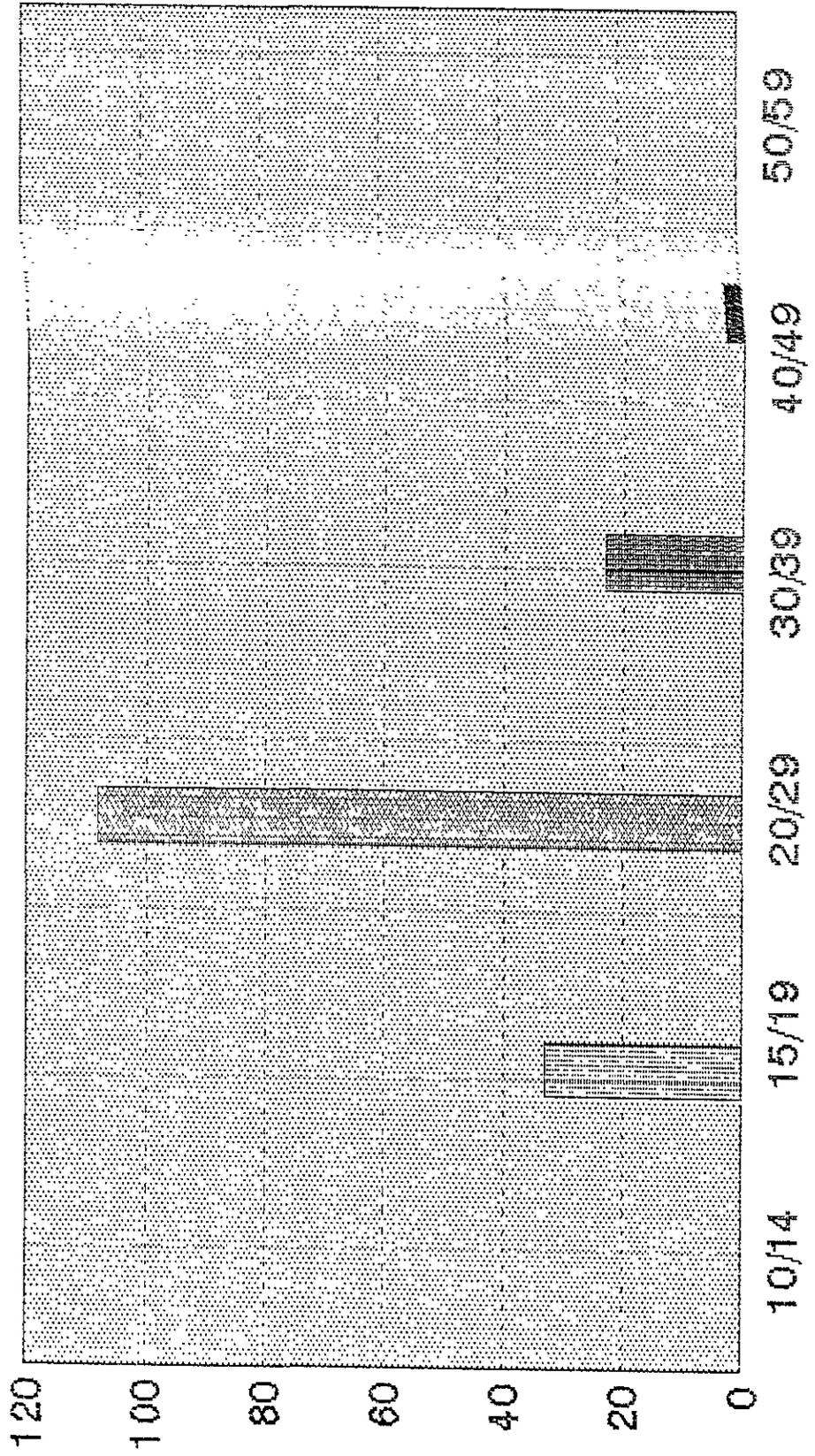
CUADRO 8	GRUPOS DE EDAD				
	NUMERO DE GESTAS	15/19	20/29	30/39	40/49
GESTA I	10	42	0	0	52
GESTA II	20	60	21	2	103
GESTA III O MAS	3	6	2	1	12
TOTAL	33	108	23	3	167

H. G. S. Z-I C/MF 12

PARIDAD



H. G. S. Z-I C/MF 12



CUADRO 8

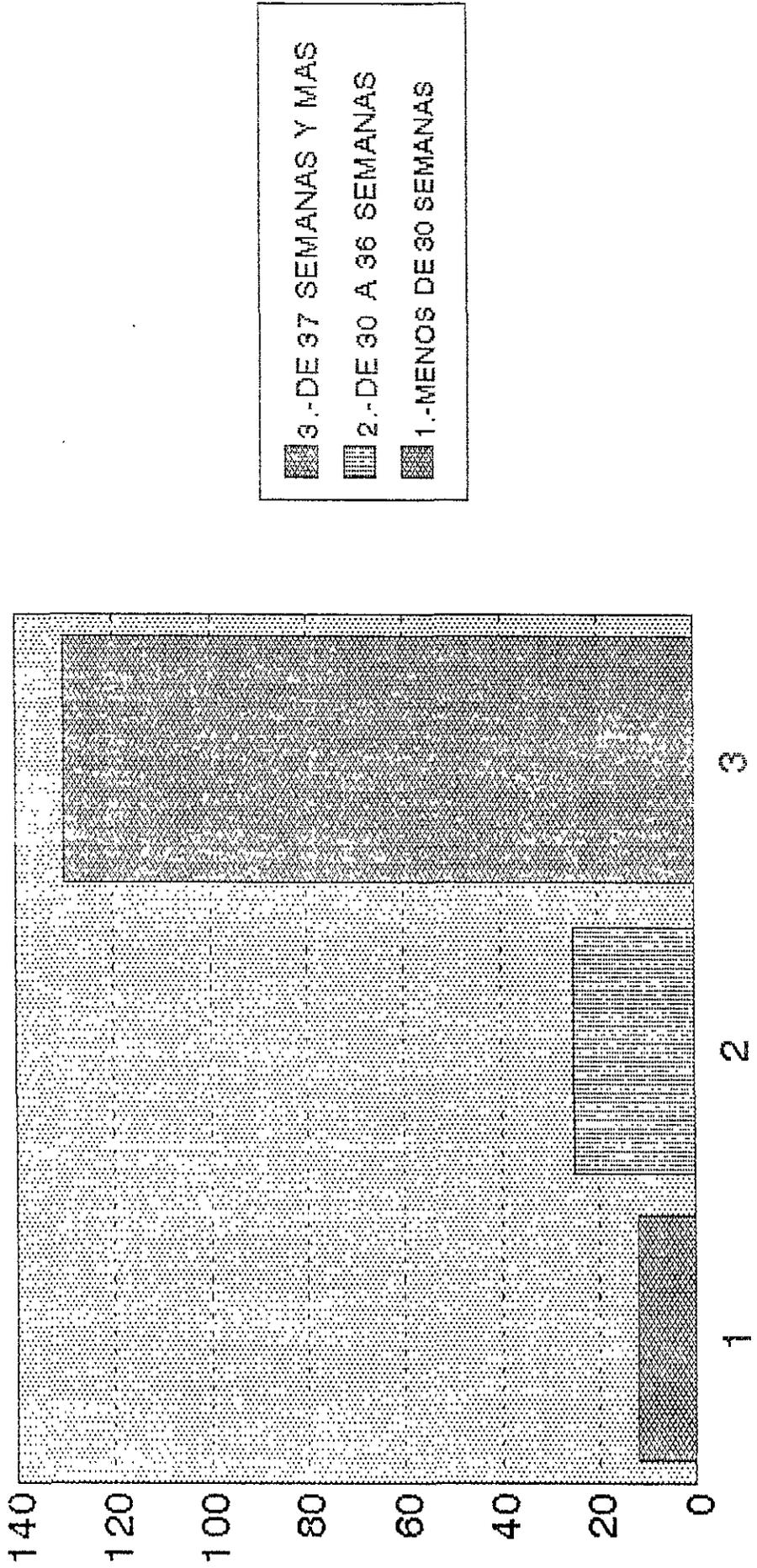
H. G. S. 2-1 C/MF 12
 EDAD GESTIONAL

CUADRO 9

EDAD GESTIONAL	NUMERO
MENOS DE 30 SEMANAS	12
DE 30 A 36 SEMANAS	25
DE 37 SEMANAS Y MAS	130

H. G. S. Z-I C/MF 12

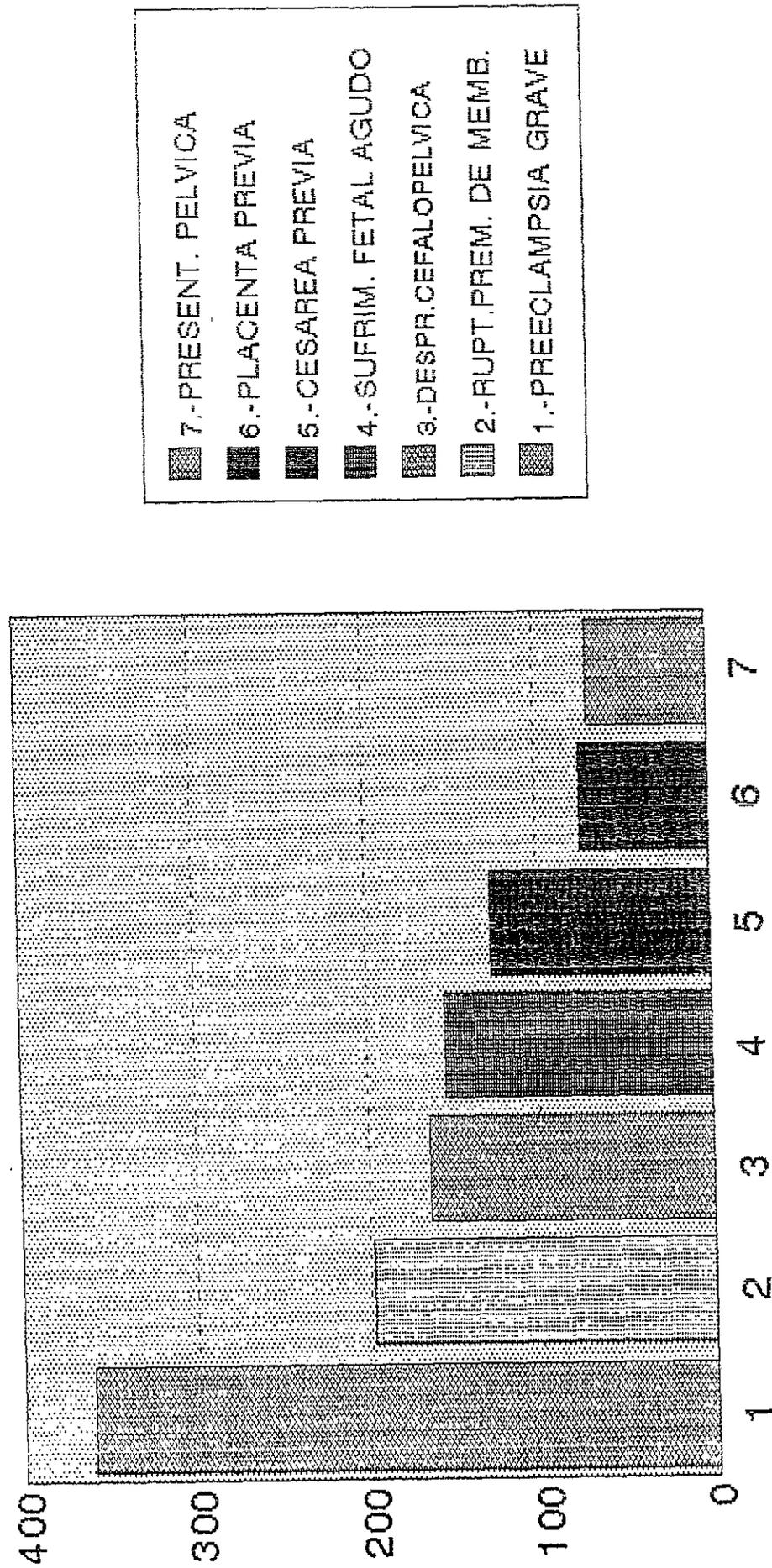
EDAD GESTACIONAL



CUADRO 9

CUADRO 10		CUADRO COMPARATIVO : INDICACIONES DE CESAREA						
CONCENTRADO H.G.O. No 3 CMR		GRUPOS DE EDAD						
No	NOMBRE	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	TOTAL
1	IPREECLAMPسيا GRAVE	0	33	194	108	25	0	360
2	IRUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1	15	125	51	5	0	197
3	IDESPROPORCION CEFALO PELVICA	0	14	97	52	1	0	164
4	ISUFIMIENTO FETAL AGUDO	0	14	85	49	6	0	154
5	ICESAREA PREVIA	0	30	61	35	1	0	127
6	IPLACENTA PREVIA	0	3	36	32	3	0	74
7	IPRESENTACION PELVICA	0	6	34	25	4	0	69
TOTAL DE CESAREAS								1,145

GRAFICA COMPARATIVA: INDICACIONES DE CESAREA



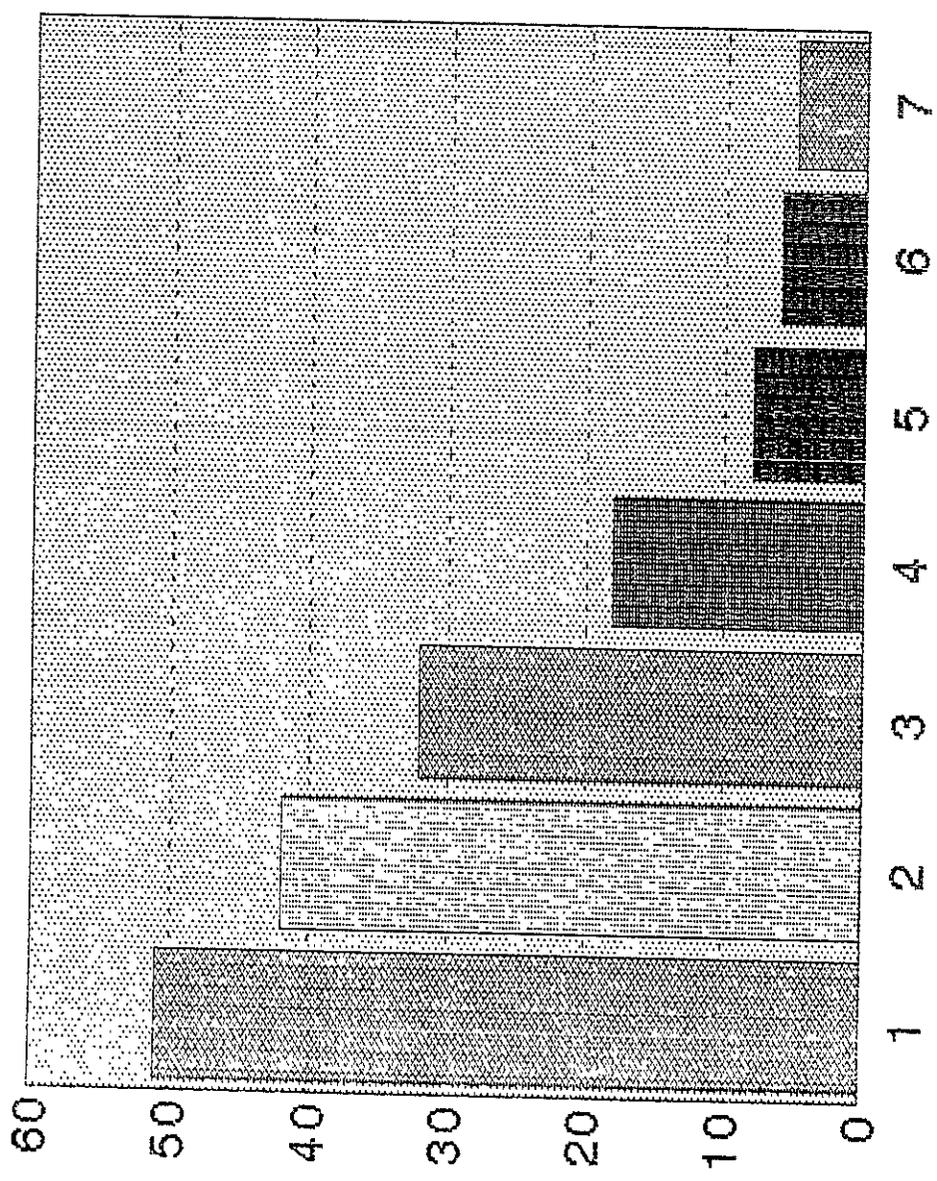
CUADRO 10

RO 11 CUADRO COMPARATIVO : INDICACIONES DE CESAREA

CONCENTRADO H.G.S. 2-I C / MF 12 GRUPOS DE EDAD

NOMBRE	10/14	15/19	20/29	30/39	40/49	50/59	TOTAL
CESAREA PREVIA	0	3	37	10	1	0	51
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	0	6	32	2	2	0	42
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	0	5	21	6	0	0	32
PREECLAMPSIA GRAVE	0	5	9	4	0	0	18
PREECLAMPSIA PELVICA	0	3	5	0	0	0	8
CONDILOMATOSIS GENITAL	0	4	2	0	0	0	6
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0	3	2	0	0	0	5
TOTAL DE CESAREAS							162

GRAFICA COMPARATIVA: INDICACIONES DE CESAREA



CUADRO 11

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR TRANSCESAREA HGO No. 3 CMR

MES DE JULIO:

TOTAL DE CESÁREAS: 419

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN REALIZADO TRANSCESAREA:

			RESPECTO A CESÁREAS
APLICACIÓN DE 'DIU'	89	40.45%	21%
'OTB' TRANSCESAREA	131	59.55%	31%
TOTAL:	220	100.00%	

MES DE AGOSTO:

TOTAL DE CESÁREAS: 392

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN REALIZADO TRANSCESAREA:

			RESPECTO A CESÁREAS
APLICACIÓN DE 'DIU'	74	41.11%	18%
'OTB' TRANSCESAREA	106	58.89%	27%
TOTAL:	180	100.00%	

MES DE SEPTIEMBRE:

TOTAL DE CESÁREAS: 360

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN REALIZADO TRANSCESAREA:

			RESPECTO A CESÁREAS
APLICACIÓN DE 'DIU'	91	41.55%	25%
'OTB' TRANSCESAREA	128	58.45%	35%
TOTAL:	219	100.00%	

MES DE OCTUBRE:

TOTAL DE CESÁREAS: 325

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN REALIZADO TRANSCESAREA:

			RESPECTO A CESÁREAS
APLICACIÓN DE 'DIU'	108	41.86%	33%
'OTB' TRANSCESAREA	149	58.14%	45%
TOTAL:	257	100.00%	

RESULTADOS

En el presente trabajo se realizó una revisión de las indicaciones de la operación Cesárea realizadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 del Centro Médico "La Raza" del IMSS y del Hospital de Subzona 1 con M.F. No.12 de San Luis Río Colorado Sonora.

El número de pacientes a las cuales se les realizó la intervención del embarazo por vía abdominal, durante el período comprendido del 1ro. de Julio al 31 de Octubre de 1993 fue: En el HGO 3 CMR, de 1496 (correspondiendo a un 69 %); en relación al total de nacimientos considerando 656 partos (30 %).

En el 24.08 % la causa de interrupción del embarazo en el HGO 3 del CMR fue de Preeclampsia severa; lo cual puede explicarse en parte debido a la derivación de otras unidades del Valle de México y debido a que es un Hospital de concentración y ya que se cuenta con el equipo y recursos tanto humanos como para clínicos para tratar a éstas pacientes.

Ahora bien, con respecto al HGSZ 1 con MF 12 el 30.5 % de causa de interrupción del embarazo por vía abdominal fue el diagnóstico de antecedente de Cesárea previa; ésto justifica en parte por el tipo de población manejada en esa unidad

La ruptura prematura de membranas en el HGO 3 CMR correspondió el segundo lugar con un 13.16 % con respecto al total de las Cesáreas realizadas, durante el período mencionado anteriormente; en cambio el segundo lugar de motivo por realización de operación Cesárea en el HGSZ 1 con MF 12 de San Luis Río Colorado Sonora fue la desproporción cefalopélvica (25.14 %).

En el HGO 3 CMR la desproporción cefalopélvica correspondió a un 10.9 % ocupando el tercer lugar de indicación de Cesáreas; en cambio en el HGSZ 1 con MF 12 correspondió al tercer lugar con 19 % del total de Cesáreas, el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. Es de interés hacer mención la importancia que tiene la clínica,

el conocimiento de el estado fetoplacentario y de ésta manera influir en la toma de decisión y considerar así mismo a la operación Cesárea como un procedimiento de gran utilidad.

El cuarto lugar correspondió en el HGO 3 CMR el sufrimiento fetal agudo con un 10.24 %. En cambio en el HGSZ 1 correspondió el cuarto lugar a la preeclampsia severa con un 10.76 % .

El quinto diagnostico en el HGO 3 CMR que motivó la decisión de operación Cesárea fue el antecedente de paciente con Cesárea previa y con trabajo de parto, con un 8.48 %, en cambio en el HGSZ 1 con MF12 fue el diagnóstico de presentación pélvica correspondiendo a un 4.7 % del total de Cesáreas realizadas en el mencionado período.

Ahora bien en cuanto a grupos de edad de las pacientes intervenidas quirúrgicamente fueron las de mayor índice las edades de 20 a 29 en primer lugar y posteriormente en segundo lugar las pacientes en edades entre 30 y 39 años.

En cuanto a paridad se encontró que en el HGO 3 CMR el 44 % correspondió a pacientes primigestas, el 39% correspondió a pacientes multigestas y el 14 % correspondió a secundigestas, lo cual esta acorde con los reportes de la literatura mundial, y en el HGSZ 1 se encontró la incidencia de Cesáreas en secundigestas fue de 70 % y en segundo lugar las primigestas.

En cuanto a las semanas de gestación en ambos Hospitales se encontró un mayor porcentaje en productos de 37 semanas o más, y en cuanto a método de planificación familiar temporal o definitivo se encontró una mejor aceptación aparentemente para la decisión de practicarse la O.T.B. Transcesárea aunque algunas pacientes optan por la aplicación del " DIU " y un buen porcentaje no aceptan ningún método anticonceptivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ruíz Velazco " La operación Cesárea "
Editorial Prensa Médica Mexicana 1971
- 2.- Danforth D. Cesarean Section Et. Al. JAMA 263 (6) 8-11; 1985
- 3.- Luis Sánchez, Et. Al., Reducing Cesarean Section At a Teaching Hospital, AM.J.Obtet Gynecol; Sept.; 1081-88-1990
- 4.- López Ortiz, E. Magloire, M.P. Garay, S.E.
La operación Cesárea en el Hospital de Ginec obstetricia 3 "A" del IMSS Ginec. Obstet de México 51:320;315; 1983.
- 5.- Jonathan W.T. Ayers, M.D. and George W. Morley, M.D. Surgical Incision for Cesarean section: Obstet Gynecol 70:706;1987.
- 6.- Larry C. Gilstrap III, M.D. Et. Al., Cesarean section: Changing Incidence and Indications. Obstet Gynecol 63:205;1984.
- 7.- Ingrid Borthen, Petter Lossius, Et. Al., Changes in frequency and indications for cesarean section in Norway 1967-1984 Acta Obstet Gynecol Scand 68:589-593;1989
- 8.- Randall S. Stanfford, PHD. Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. JAMA 263:683-87 1990.
- 9.- Randall S. Stanfford, PHD. Cesarean section rates. JAMA Feb. 8 Vol. 265, No. 5;585;1991.
- 10.- Marshall W. Carpenter, Et. Al., Practice environment is associated with obtetric decision making regarding abnormal labor. Obstet Gynecol 70:657;1987.
- 11.- Roy M. Pitkin; Once a cesarean: Obstetrics Gynecology; Vol. 77; No. 6 Jun.; 1991 p.p. 939.
- 12.- Jeffrey P. Phelan, Et.Al., Twice a Cesarean always a Cesarean? Obstet Gynecol; Vol. 73; 101 No. 2 February 1989.

- 13.- Lawrence J. Roberts; Elective section after two section where's the evidence? British journal of obstetrics and gynaecology; December. Vol. 98; 1199-1202 1991.
- 14.- John A. Read, M.D. Colonel, M.C., U.S.A; The scheduling of repeat cesarean section operations: Prospective management protocol experience. A.M.J. Obstet Gynecol 151: 557-563 1985.
- 15.- Richard O. Jones, M.D. Et. Al., Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor. Obstet Gynecol: Vol. 77 No. 6: 815: Jun.: 1991.
- 16.- Ella Ophir, M.D., Oettinger, M.D., Arie Y.M.D. Et. Al., Breech presentation after cesarean section: Always a section?: A.M.J. Obstet Gynecol; 161; 25-28 1989.
- 17.- Collea, V.J. Asistentica obstétrica en la presentación de nalgas. Clin. Perinat. (1) 173; 1981.
- 18.- Oded Langer, M.D., Michael D. Berkus, M.D., Robert W. Et. Al., Shoulder dystocia; should the fetus weighing 4000 grams be delivered by cesarean section? A.M.J. Obstet Gynecol 165: 831-837 1991.
- 19.- E. Paul Kirk, M.D., Kathleen A., Doyle M.D., Et. Al., Vaginal birth after cesarean or repeat cesarean section: Medical risks or social realities. A.M.J. Obstet Gynecol 1398-1405 Vol. 162 1990.
- 20.- George Farmakides, M.D., Roger Duvivier, M.D., Harold Schulman, M.D. Et. Al., Vaginal birth after two or more previous cesarean. AM. J. Obstet Gynecol 156: 565: 1987.
- 21.- Richard H. Paul M.D., Jeffrey P. Phelan M.D., and Sze-Ya Yeh. Trial or labor in the patient with a prior cesarean birth; AM. J. Obstet Gynecol 151; 297-304; 1985.

- 22.- Thomas G. Stovall, M.D., David C. Shaver, M.D., Facog, Et. Al., Trial or labor in previous cesarean section patients, excluding classical cesarean sections. *Obstet Gynecol* 70: 713-717 1987.
- 23.- Bruce L. Flamm M.D., Janice R. Goings, CNM, Norma Jean Fuelberth, M.D., Oxytocin during labor after previous cesarean section: Results of a multicenter study. *Obstet Gynecol* 70: 709: 1987.
- 24.- Thomas H. Strong Jr. M.D., Jeffrey P. Phelan, M.D., Myoung Ock Ahn M.D., Et. Al.: vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation; *AM. J. Obstet Gynecol* 161: 29-32 1989.
- 25.- Díaz del Castillo, E. Bustamante, F., I.H. Salud perinatal en México. *Rev. Med. I.M.S.S.* 22: 391: 1984.
- 26.- O'Driscoll, K. Foley M. Mc.Donald, D.: Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia.: *Obstet Gynecol* 63: 485: 1984.