

11217  
2179

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**HOSPITAL DE LA MUJER  
FEJATURA DE ENSEÑANZA**

*MB*

**HOSPITAL DE LA MUJER, SS**

**OPERACIÓN CESAREA: MORBILIDAD, EN EL AÑO 1997**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

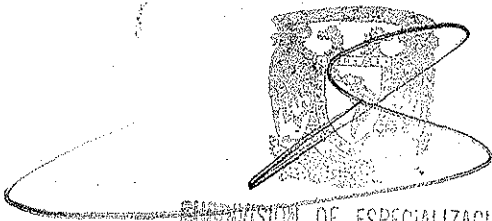
**PRESENTA:**

**DRA. VENANCIA VAZQUEZ NOLASCO**

**ASESOR:**

**DRA. MA. DE LOURDES MARTINEZ ZUÑIGA**

**MEXICO D, F. 1999.**



**DIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## AGRADECIMIENTOS:

### A MIS PADRES Y HERMANOS.

Por todo el amor, apoyo y comprensión que me brindaron a lo largo de mi formación como especialista, con gratitud y especial cariño.

### A MIS MAESTROS:

Por trasmitirme desinteresadamente sus conocimientos y consejos, contribuyendo día a día en mi preparación como gineco-obstetra. Les estaré eternamente agradecida.

### A LAS SEÑORITAS SECRETARIAS:

Por su apoyo y aprecio, que a lo largo de nuestra residencia nos brindaron. Gracias.

## A MIS COMPAÑEROS:

Por vivir día a día, durante 4 años, la experiencia de la residencia, compartiendo: El trabajo y el desvelo, pero finalmente cumpliendo gratamente nuestras metas y anhelos. Gracias por su amistad y compañía.

## A MIS PACIENTES:

Por permitir que de ellas obtuviera el más preciado y valioso de los conocimientos, por su confianza en este Hospital y sus residentes. Gracias por habernos dejado la divina dicha de realizar la actual gineco-obstetricia.

**CONTENIDO:**

**RESUMEN.....1**

**INTRODUCCION.....2**

**ANTECEDENTES.....5**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....11**

**HIPOTESIS.....12**

**OBJETIVOS.....13**

**JUSTIFICACION.....14**

**METODOLOGIA.....15**

**RESULTADOS.....16**

**ANALISIS DE RESULTADOS .....24**

**CONCLUSIONES.....26**

**COMENTARIO.....27**

**BIBLIOGRAFIA.....28**

## RESUMEN

La operación cesárea se ha convertido en las últimas dos décadas en la cirugía obstétrica que más se practica, con una frecuencia de 42.73 % en el Hospital de la mujer en 1997. En el presente trabajo se llevo a cabo un estudio descriptivo-retrospectivo-transversal, del primero de Enero a el 31 de Diciembre de 1997. El objetivo general es determinar la incidencia de morbilidad post cesárea en el Hospital de la mujer de la SS. Se encontraron 97 pacientes que presentaron morbilidad lo que representa una incidencia de 2.24 %, observandose que la causa más frecuente de morbilidad fue absceso de pared con 36 pacientes y como antecedente de importancia 15 pacientes tenían ruptura prematura de membranas y 12 contaban con cicatriz uterina previa. El grupo de edad que se identifico con mayor frecuencia fue el de 16 a 20 años con 26 pacientes. Las principales indicaciones de la operación cesárea fueron: Cesárea iterativa con 27 pacientes y sufrimiento fetal agudo con 18 pacientes. Con respecto a el control prenatal se encontró que era nulo en 64 pacientes y sólo 10 pacientes habían acudido a esta institución a llevar control prenatal. El grado de escolaridad que se determinó fue de el primaria incompleta con 60 pacientes.

# OPERACIÓN CESAREA MORBILIDAD, REVISION DE UN AÑO.

## INTRODUCCION

La operación cesárea, actualmente se ha convertido en la cirugía obstétrica que más se practica en todo el mundo, influyendo en esta tendencia el gran avance de la tecnología, los métodos de asepsia y antisepsia, la profilaxis antibiótica que conjuntamente tratan de reducir la morbi-mortalidad, tanto materna como fetal, finalmente los problemas médicos legales tan en voga han influido en forma definitiva en este incremento (1,2,3).

Antiguamente Craigin (1916) preconizó " Después de una cesárea siempre cesárea" (2), con el paso del tiempo se ha comprobado que está teoría es obsoleta, todo esto confirmado con el uso de la prueba de trabajo de parto, el fórceps, y la monitorización continua del trabajo de parto. Concluyendo muchas de las pacientes con cesárea previa en parto vía vaginal, sin someterlas a una nueva operación cesárea. Se tiene actualmente la certeza que una cesárea anterior reduce el sitio de implantación placentaria, lo que ocasiona y predispone en mayor frecuencia a la entidad conocida como placenta previa (4). Así mismo si la paciente presenta más de una operación cesárea, condiciona otras entidades como la implantación anormal de la placenta en cualquiera de sus variedades (acreta, increta, percreta) cuyo tratamiento es la histerectomía total abdominal, condicionando a su vez un incremento en las lesiones a órganos adyacentes (6).

Actualmente existen escuelas en las cuales inducen trabajo de parto con la aplicación local de prostaglandinas (en cualquiera de sus presentaciones), en donde a pesar de los riesgos inherentes a la misma, no se tiene una monitorización de los niveles plasmáticos de dicha sustancia repercutiendo importantemente en la dinámica

uterina ocasionando desde: polisistolia, hipertonia uterina o en casos graves desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada (DPPNI), o bien ruptura uterina, lo que implica una cesárea de urgencia, con toda la cascada de complicaciones que conlleva esta entidad (5). Con lo anterior podemos decir que la operación cesárea no es un procedimiento inocuo, sino más bien una cirugía que puede llegar a presentar una amplia de complicaciones (5,6).

Es importante mencionar en forma especial a las infecciones ya que contribuyen de manera considerable en la morbilidad post cesárea, encontrando como factores de riesgo un bajo nivel socioeconómico, la duración del trabajo de parto (TDP), número de exploraciones vaginales, la cirugía de urgencia, antecedente de ruptura de membranas (8). Las pacientes que presentan morbilidad post cesárea a su vez incrementan su estancia intrahospitalaria, los gastos para la institución y la hospitalizada, mayor deterioro de la misma, separación del binomio madre-hijo y las agravantes que esto conlleva (2,7,8).

Por otro lado la literatura menciona que la curva de incidencia de infecciones que tendía a aumentar en los últimos 5 años se ha mantenido estable con tendencia a descender, gracias a los estudios realizados por diferentes investigadores a nivel internacional, quienes han implementado el uso de profilaxis antibiótica (13), estos autores han estandarizado la administración de diferentes antibióticos desde: Ampicilina/Sulbactam, Cefotetan solas o combinadas, pero en dosis única, vía intravenosa en el transoperatorio (después de pinzar el cordón umbilical). Han observado en estudios realizados con pacientes control que disminuye considerablemente el riesgo de infección (13).

La tasa creciente de operación cesárea en los últimos 20 años ha originado preocupación en la comunidad médica, en instituciones hospitalarias, compañías de seguros y se ha hecho del conocimiento



público, un interés marcado en lo referente a las causas que motivaron dicha intervención quirúrgica, complicaciones, costos y mortalidad materna. Este incremento se ha originado seguramente por los avances obtenidos en mejores recursos anestésicos, perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, mayor disponibilidad de antibióticos, así como sangre y sus derivados que hace más segura su realización. Sin embargo en comparación con la atención del parto vaginal presenta mayor morbilidad materno fetal (2,3).

El motivo de este trabajo es precisamente analizar y observar en el Hospital de la mujer dependiente de la Secretaría de Salubridad (SS) la incidencia de complicaciones post cesárea.

## ANTECEDENTES.

La operación cesárea, se define como el parto del feto a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la incisión de la pared uterina (histerotomía) (14).

La historia de la operación cesárea se remonta a la antigüedad. Con respecto a el origen del término cesárea, es motivo de controversia y abundan teorías. Aunque solía pensarse que el nombre provenía de Julio César, quien supuestamente había nacido por este método, hoy esta idea se ha vuelto insostenible por que se sabe que su madre Aurelia aún vivía cuando él invadió Bretaña, y es inconcebible que una persona se hubiera recuperado de una operación en esa época en que el conocimiento de la anatomía y la fisiología humana eran tan incompletos. Otro probable origen del nombre pudiera incluir a una familia llamada Julia, uno de cuyos miembros se cree halla nacido mediante esta operación, se le creía más que mortal por que tenía los ojos azules, por lo que se le consideraba un proceso milagroso en esa época. Se le llamo "Caesar", que significa emperador. Además se cree que un miembro de la familia había capturado o matado un elefante, que en lenguaje púnico también es "Caesar". Es interesante que Julio César adoptó este simbolismo al colocar un elefante pisando una serpiente en el dorso de las monedas romanas en que fue amo de la casa de moneda de Roma. Otro probable origen es el verbo "Caedere" que significa cortar. Los niños nacidos por operaciones post mortem se llamaban "caesones" (14).

La primera persona que registró el uso de la palabra "operación" en conexión al nacimiento por cesárea fue Jacques Guillemau en su libro de obstetricia fechado en 1598 (14,15).

Existen tres periodos básicos: antes del año 1500. De 1500 a 1876, y el último de 1878 a nuestros días.



Primer periodo: El parto por cesárea antes del año 1500 era un acto misterioso y el nacimiento por este medio, nada menos que sobrenatural. La operación se utilizaba sólo en circunstancias místicas y no en pacientes vivas. La ley romana llamada Lex Regia del año 715 antes de C. Establecía que cualquier mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de la muerte de la paciente. (14,15).

Segundo periodo: Del año 1500 a 1876. En este periodo ocurrió el desarrollo de la operación llena de discrepancias entre los médicos en cuanto a su seguridad e interrogantes de si se debería de hacer en una paciente viva. Se menciona que en el año de 1500 la primera cesárea afortunada en una mujer viva fue hecha por Jacob Nufer, castrador de cerdos, en el poblado de Sigershaufen. La esposa de Nufer se puso de parto durante varios días y como no era posible que su hijo naciera por las vías naturales; su esposo, analfabeto y sin la menor experiencia en cirugía, tras haber obtenido permiso del magistrado, llevo a cabo esta operación, con una navaja de rasurar. (14,15).

Durante esa época la operación era muy burda y no había anestesia, por lo que se mantenía sujetas a las pacientes. La incisión solía hacerse en el abdomen por fuera de los músculos rectos en el sitio hacia el que se rotara el útero. (14,15).

Rousset (1581) proponía la operación cuando el niño estaba muerto y podía descomponerse y causar una infección en el útero, o cuando el niño había escapado del interior del útero a la cavidad peritoneal (14,15).

Lebas un cirujano francés, fue el primero en cerrar la incisión uterina en 1769. Jean Louis Baudeluque (1746-1810) de Francia, definió la cesárea y escribió System of Midwifery. Sus indicaciones eran deformidad o estrechez pélvica, embarazo extrauterino, ruptura uterina, hernia del útero y tumores obstructivos del canal del parto.

Se noto en esa época que la cesárea podía dar buenos resultados si se operaba a las pacientes en etapas tempranas del trabajo de parto, las membranas estaban intactas y las exploraciones vaginales eran limitadas en una mujer en buen estado de salud (14,15).

Tercer periodo: Del año 1878 hasta nuestros días. Una fecha muy importante en el desarrollo de la cesárea es la del 21 de Mayo de 1876, en la que Porro introducía una operación para evitar la aparición de hemorragia y la sepsis. Eduardo Porro (1846-1902) era profesor de obstetricia en Pavía, Italia, la operación consistía en una cesárea seguida de histerectomía subtotal y anexectomía bilateral, después unía el muñon cervical a el extremo inferior de la herida abdominal (14,15).

Max Sanger (1853-1903), era un cirujano Alemán cuya modificación consistía en preservar el útero y en suturar su incisión a fin de minimizar la hemorragia y la posibilidad de que liquido o secreciones del interior pasaran a l cavidad peritoneal. Esta operación fue la primera verdaderamente conservadora (14).

En 1890 Halsted de EE-UU, introdujo el uso de guantes de goma. Jonh Martin Monro Kerr (1868-1960), profesor de obstetricia y ginecología en la Universidad de Glasgow, Escocia introdujo la operación cesárea a través del segmento inferior del útero en 1921, dado su menor riesgo de rotura en un embarazo posterior, el menor riesgo de causar peritonitis, ya que la incisión uterina se cubria con peritoneo de la plica vésico-uterina, y por que la hemorragia es menor que con la incisión clásica (14,15).

Hoy día se hace la operación cesárea sobre el segmento inferior del útero, mediante una incisión transversa arciforme, por que sangra menos, es más resistente a los procesos infecciosos y la herida quirúrgica se hace en un área que no ofrece dificultades técnicas para la extracción del producto. Una innovación más

reciente ha sido la sustitución de la anestesia general por la epidural para efectuar la operación (14,15).

## FRECUENCIA.

Operación prohibida hace menos de 100 años, la cesárea ha aumentado su frecuencia considerablemente. En México se ha observado un incremento progresivo en la frecuencia de cesárea a lo largo de su historia siendo en 1948 de 3.4 %, en 1966 de 5.5 %, en 1982 de 17 %, en 1984 de 24.2 %, actualmente refiere la literatura Nacional en el Hospital Central Militar de 26.84 % y en el Instituto Nacional de Perinatología de 40.6 %(2,3). Lo que depende enormemente de muchos factores de población de riesgo, de enfermedades interrecurrentes, etc (3).

## INDICACIONES.

Paralelamente a la frecuencia, las indicaciones de la operación cesárea han aumentado significativamente. Se han clasificado las indicaciones en maternas y fetales.

### Causas maternas:

- ◆ Cesárea iterativa.
- ◆ Distocia ósea.
- ◆ Distocia de contracción.
- ◆ Distocia de partes blandas.
- ◆ Hemorragias del segundo trimestre.
- ◆ Enfermedades generales.
- ◆ Otras.

### Causas fetales:

- ◆ Sufrimiento fetal agudo.
- ◆ Presentación y situación anómalas.
- ◆ Prolapso de cordón.
- ◆ Malformaciones fetales.
- ◆ Embarazo gemelar.
- ◆ Brevedad de cordón.

## COMPLICACIONES.

La mortalidad materna por operación cesárea es rara en la obstetricia actual y a menudo se vincula con problemas menos preexistentes con una tasa de 5.8 por 100,000 procedimientos. La morbilidad es más frecuente en la cesárea que con el parto vaginal, incluyendo infección y hemorragia; incrementándose esta morbilidad con el parto pretérmino y la obesidad (1,2,3,15). La principal complicación identificada que se presenta es la endometritis con 13.24 % en algunas instituciones, de 5% en instituciones privadas y de hasta 85 % en Hospitales que atienden a pacientes de bajo nivel socio económico y frecuentemente sin control prenatal (2,8). La infección de la herida quirúrgica representa una incidencia de 1.76 % (2). La cesárea es un procedimiento quirúrgico mayor, con complicaciones transoperatorias con mayor frecuencia cuando la cesárea se realiza en circunstancias de urgencia que cuando son electivas, es rara la lesión a órganos adyacentes, como son la vejiga 0.3 %, intestino 0.1 %, ureteral 0.1 % (2,7,8,9,10,11,12).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La operación cesárea, ha incrementado su frecuencia en las últimas dos décadas, repercutiendo importantemente en el desarrollo de la morbilidad que presenta dicha intervención quirúrgica.

Este estudio se conduce para determinar la incidencia de morbilidad post cesárea en Hospital de la Mujer SS.



## HIPOTESIS.

La morbilidad de la operación cesárea, se presenta en un gran porcentaje, en el Hospital de la Mujer SS.

## OBJETIVOS.

### Objetivo general.

1.- Determinar la incidencia de morbilidad post cesárea en el Hospital de la mujer SS. En el periodo comprendido del primero de Enero a el 31 de Diciembre de 1997.

### Objetivos específicos.

- 1.1 Conocer el grupo de edad más frecuente, que presentó morbilidad.
- 1.2 Mencionar las complicaciones que se presentaron post cesarea
- 1.3 Mencionar las indicaciones de cesárea.
- 1.4 Determinar cuantas pacientes llevaron control prenatal.
- 1.5 Mencionar el grado de escolaridad que predomina en las pacientes que presentaron morbilidad.

## JUSTIFICACION.

El presente estudio es para determinar con exactitud la morbilidad de cesárea en el Hospital de la Mujer SS. Así mismo identificar los factores que contribuyen a que se presente dicha morbilidad, y lo que esto representa para la experiencia y toma de decisiones del médico residente en formación de esta Institución, por lo que considero importante y trascendente para la preparación de todo gineco-obstetra.

## METODOLOGIA.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal, durante el año de 1997, revisando 4323 expedientes de las pacientes intervenidas quirúrgicamente de operación cesárea. Todos los datos fueron obtenidos del archivo clínico del Hospital.

### Criterios de inclusión.

- ◆ Toda paciente que fue sometida a operación cesárea.

### Criterios de exclusión.

- ◆ Toda paciente que fue sometida a operación cesárea, sin complicaciones.

### Variables.

- ◆ Grupo de edad.
- ◆ Control prenatal.
- ◆ Escolaridad.
- ◆ Indicación de operación cesárea.
- ◆ Complicaciones.

## RESULTADOS.

Se encontró una incidencia de morbilidad de 2.24 %. Analizando las siguientes variables: Complicaciones, edad, escolaridad, indicación, control prenatal.

Obteniendo un total de 10,116 nacimientos, de los cuales se obtuvieron por operación cesárea 4323 (42.73 %) y por vía vaginal 5793 (57.26 %) de los cuales 387 (3.82 %) por medio de la aplicación de fórceps. Figura 1.

La morbilidad que se presentó en el periodo citado se enuncia a continuación: 97 pacientes (2.24 %), distribuidas de la siguiente manera. Tabla 1.Fig 2.

MORBILIDAD.	PACIENTES	%
◆ Absceso de pared	36	0.83
◆ Hematoma de pared	26	0.60
◆ Endometritis	26	0.60
◆ Trombosis de miembros pélvicos	06	0.13
◆ Lesión vesical	02	0.04
◆ Desgarro de arteria uterina	01	0.02
◆ Total	97.	2.24

Fuente: Hospital de la Mujer SS, 1997.

Tabla 1.

Los rangos de edad en que distribuyeron son los siguientes: menor o igual a 15 años con 10 pacientes (0.23 %), de 16 a 20 años con 26 pacientes (0.60 %), de 21 a 25 años con 22 pacientes (0.50 %), de 26 a 30 años, 18 pacientes (0.41 %), de 31 a 35 años 12 pacientes (0.27 %), de 36 a 40 años con 8 pacientes (0.18 %), de 41 años o más 1 paciente (0.02 %). Fig. 3.

Con respecto a el control prenatal prenatal (más de 5 consultas médicas) se observo lo siguiente: Intrahospitalario 10 pacientes

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

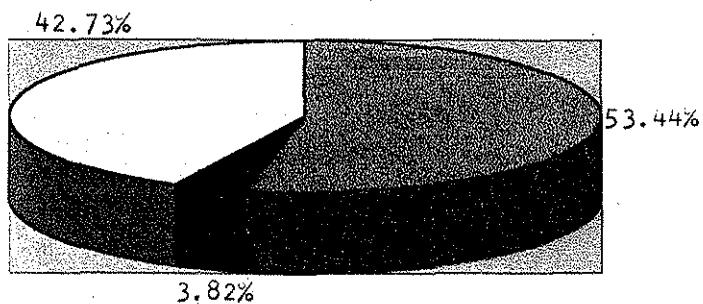
(0.23 %), extrahospitalario 15 pacientes (0.34 %), Particular 8 pacientes (0.18 %), sin control prenatal 64 pacientes (1.4 %). Fig. 4.

Las indicaciones que predominaron en las pacientes que presentaron morbilidad son las siguientes: Fig. 5.

- ◆ Cicatriz uterina previa: 27 pacientes (0.62 %).
- ◆ Sufrimiento fetal agudo: 18 pacientes (0.41 %).
- ◆ Cérvix no apto para conducir: 10 pacientes (0.23 %).
- ◆ Desproporción cefálo-pélvica: 10 pacientes (0.23 %).
- ◆ Presentación y situación anómala: 9 pacientes (0.20 %).
- ◆ Hemorragias de la segunda mitad del embarazo: 6 pacientes (0.13 %).
- ◆ Baja reserva feto-placentaria: 5 pacientes (0.11 %).
- ◆ Condilomatosis: 6 pacientes (0.13 %).
- ◆ Enfermedad hipertensiva del embarazo: 6 pacientes (0.13 %).

El grado de escolaridad que predominó: Analfabeta 18 pacientes (0.41 %), primaria incompleta 60 pacientes (1.38 %), primaria completa 10 pacientes (0.23 %), secundaria 5 pacientes (0.11 %), bachillerato 2 pacientes (0.04 %), carrera comercial una paciente (0.02 %), profesional una paciente (0.02 %). Fig. 6.

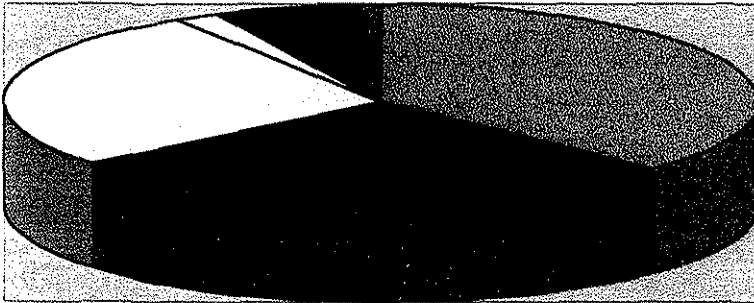
**FIG. 1 CESAREA.  
TOTAL DE NACIMIENTOS 1997.**



■	PARTOS VAGINALES 5406
■	PARTOS CON FORCEPS 387
□	CESAREA 4323

FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER SS. 1997.

**FIG. 2 CESAREA  
MORBILIDAD.**

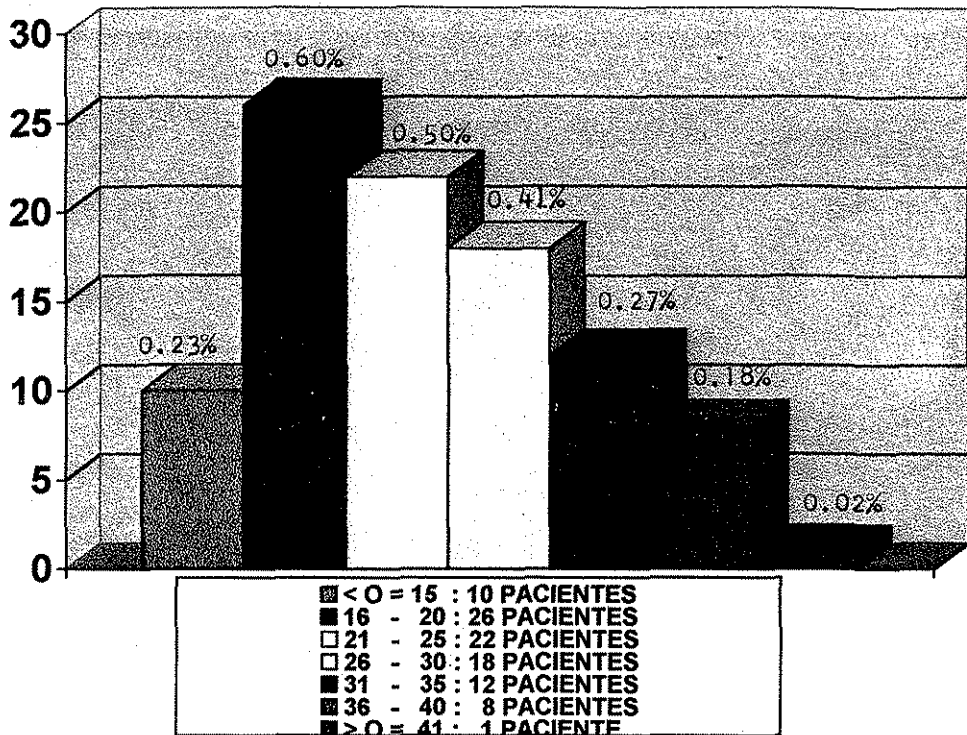


■	ABSCESO DE PARED	0.83%
■	HEMATOMA DE PARED	0.60%
□	ENDOMETRITIS	0.60%
□	LESION VESICAL	0.04%
■	TROMBOSIS DE Ms Ps.	0.13%
■	DESGARRO DE LA ARTERIA UTERINA	0.02%

FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER SS. 1997.

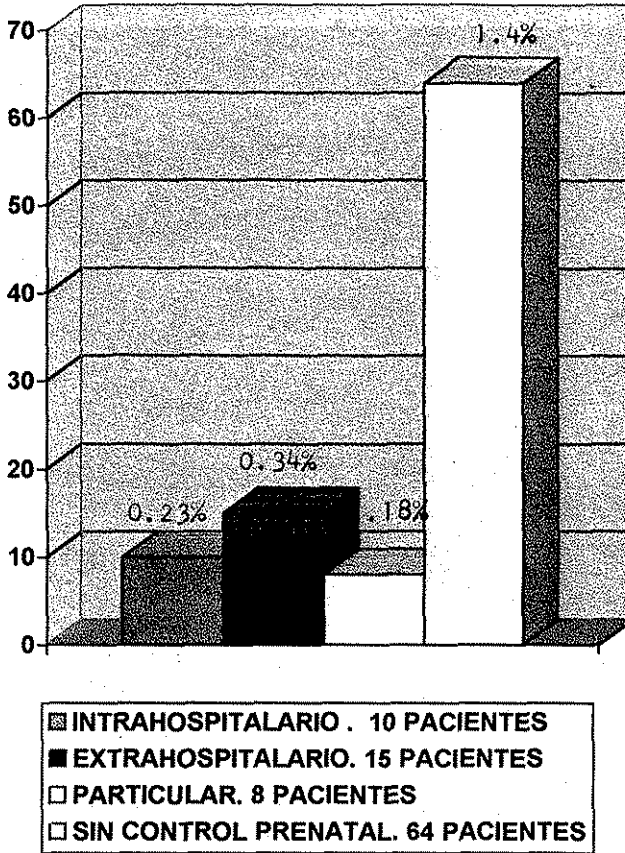


FIG. 3 CESAREA  
GRUPO DE EDAD



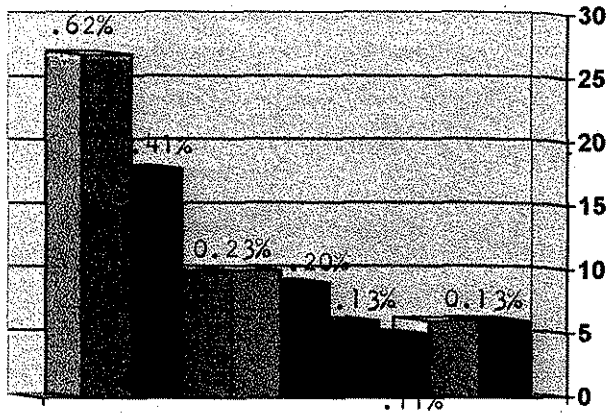
FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER, SS. 1997.

**FIG. 4 CESAREA  
CONTROL PRENATAL**



FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER, SS. 1997.

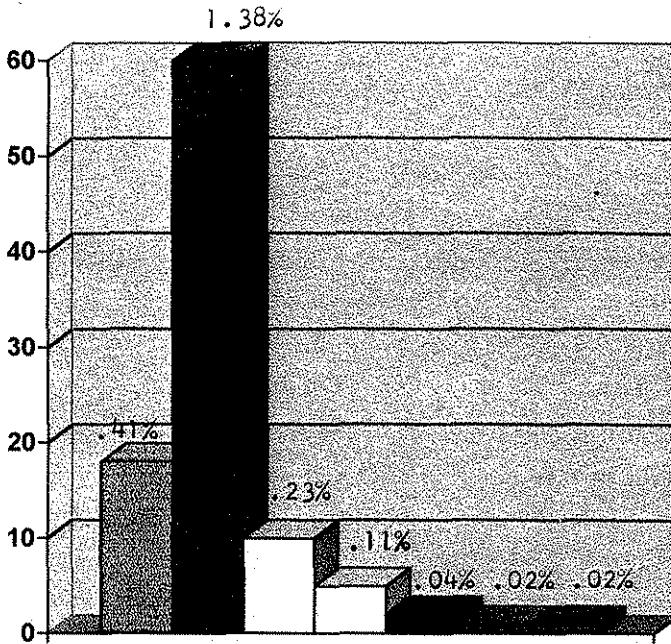
## FIG.5 CESAREA INDICACIONES



■	ITERATIVA : 27 PACIENTES
■	S.F.A. 18 PACIENTES
□	CERVIX O APTO PARA COND. 10 PACIENTES
□	D.C.P. 10 PACIENTES
■	PRESENTACION Y SITUACION ANOMALA. 9 PACIENTES
■	HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMB. 6 PACIENTES
■	B.R. F-P. 5 PACIENTES
□	CONDILOMATOSIS. 6 PACIENTES
■	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMB. 6 PACIENTES

FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER, SS. 1997.

**FIG. 6 CESAREA  
GRADO DE ESCOLARIDAD**



■	ANAFABETA. 18 PACIENTES
■	PRIMARIA INCOMPLETA. 60 PACIENTES
□	PRIMARIA COMPLETA. 10 PACIENTES
□	SECUNDARIA. 5 PACIENTES
■	BACHILLERATO. 2 PACIENTES
■	CARRERA COMERCIAL. 1 PACIENTE
■	PROFESIONAL. 1 PACIENTE

FUENTE: HOSPITAL DE LA MUJER, SS. 1997.

## ANALISIS DE RESULTADOS.

Como ya se mencionó a lo largo de este trabajo la frecuencia de operación cesárea se ha incrementado en los últimos 20 años, seguramente por el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, de la monitorización del trabajo de parto, de los métodos de asepsia y antisepsia, de la mejor disposición de sangre y sus derivados, etc. observándose en este Hospital una frecuencia de 42.73 % en el año de 1997, lo cual se encuentra por arriba de lo que menciona la literatura Nacional con una frecuencia de 26.84 % en el Hospital Central Militar y de 40.6 % en el Instituto Nacional de Perinatología(2,3).

La morbilidad presentada en el periodo citado fue de 97 pacientes que determinó una incidencia de 2.24 %, lo que es inferior a los que menciona la literatura (2,3,7). 62 pacientes presentaron proceso infeccioso, de las cuales 36 con absceso de pared, como antecedente de importancia 15 pacientes presentaban ruptura prematura de membranas, y 21 presentaban cicatriz uterina previa; 26 pacientes presentaron endometritis, todas con nulo control prenatal, 3 de ellas con ruptura prematura de membranas, 10 de ellas presentaban condilomatosis vulvo-vaginal. 26 pacientes con hematoma de pared, de las cuales 19 presentaban un nulo control prenatal, 5 de ellas presentaron pre-eclampsia severa y una eclampsia. Se observaron dos complicaciones transquirúrgicas: lesión vesical en 2 pacientes y desgarro de la arteria uterina en una paciente ellas contaban con el antecedente de dos cesáreas previas y dos pacientes referían que habían cursado con proceso infeccioso en el evento quirúrgico previo (no se refirió cual).

El grupo de edad que con más frecuencia presentó complicaciones post cesárea fue el de 16 a 20 años con 26 pacientes, siendo la menor de edad de 13 años y la de mayor edad de 44 años. Se observó un nulo control prenatal en 64 pacientes. La indicación más frecuente registrada fue cesárea iterativa con 27

pacientes. El nivel educativo que predominó fue el de primaria incompleta con 60 pacientes, 18 pacientes con escolaridad nula y sólo una paciente con estudios profesionales.

## CONCLUSIONES.

- 1.- La incidencia de morbilidad post cesárea fue de 2.24 %, en el año de 1997, Hospital de la Mujer SS.
- 2.- La complicación mas frecuente fue absceso de pared.
- 3.- El grupo de edad que predominó fue el de 16 a 20 años.
- 4.- Se identifico un nulo control prenatal en 64 pacientes.
- 5.-La indicación más frecuente fue cesárea iterativa.
- 6.- El grado de escolaridad que se encontró en la población de estudio fue el de primaria incompleta.

## COMENTARIO.

Este aumento en la frecuencia de operación cesárea es tema de preocupación, ya que este procedimiento quirúrgico implica mayores riesgos de salud para la madre y el producto, mayores costos a el sistema de Salud, en comparación con el parto. Sin embargo y a pesar de que el Hospital de la Mujer presenta una frecuencia de operación cesárea discretamente por arriba de lo que menciona la literatura Nacional (2,3), la morbilidad presentada en el año de 1997 es inferior a lo referido en la literatura (2,3,4).

Para evitar complicaciones de índole infeccioso post cesárea algunos autores han implementado el uso de profilaxis antibiótica (13). Así mismo tener conocimiento adecuado de anatomía, de la técnica quirúrgica. Con lo anterior se disminuiría aún más la incidencia de morbilidad post cesárea, los días de estancia intrahospitalaria, y así mismo los costos para la paciente y la institución.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Van-Ham- M. A. Van-Dongen-Pw, Et al. Maternal consequences of cesarea sección. A retrospective study of intraoperative maternal complications of cesarea sección during a 10 years period. -J-Obstet-Gynecol-Reprod-Biol. 1997 Jul;74 (1): 1-6
- 2.- Dr. Angel Sergio Olivares M. Et al. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Central Militar. Ginecología y obstetricia de México, Vol. 64, Febrero 1996. Pp 79-84
- 3.- Dr. Carlos Quesnel García-B. Et al. Operación cesárea: ¿ ciencia o ansiedad? Once años de experiencia institucional. Ginecología y obstetricia de México, Vol. 65, Junio 1997. Pp 247-53
- 4.- Victoria M. Taylor, MD. Et al. Placenta previa and prior Cesarean Delivery:¿How Strong is the Asociación?. Obstetrics and Gybecology. Vol 84. No.1, July 1944. Pp 55-7
- 5.- J. A. Hawe. Et al. Posterior uterine rupture in a patient with a lower caesarean sección scar complicating prostaglandin inducción of labour. British Journal of obstetrics and gynecology. July 1997. Vol. 104. Pp 857-858
- 6.- Dr. Carlos Quesnel García-B. Et al. Histerectomía obstétrica. Revisión de 675 casos en el Instituto Nacional de perinatología. Ginecología y obstetricia de México. Vol 65, Marzo 1997. Pp 119-24
- 7.- Everett F. Magann, MD. Et al. Preoperative Skin preparation Intraoperative pelvic Irrigation: Impact on Post Cesarean Endometritis and Wound infection. Obstetrics and Gynecology. Vol. 81, No. 6, June 1993. Pp 922-25

8.- Dr. Ricardo Figueroa Damian. Et al. Experiencia del manejo de la endometritis en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Ginecología y obstetricia de México. Vol. 60, Octubre 1992. Pp 272-77

9.- Willian W. Andrews, MD. Et al. Association of post Cesarean Delivery Endometritis With Colonización of the Chorioamnion by Ureaplasma Urealyticum. Obstetrics and Gynecology. Vol. 85, No. 4, April 1995. Pp 509-14

10.- R. Wendel Naumann MD. Et al. Subcutaneous Tissue Aproximation in Relation to Wound disruption after Cesarean Delivery in Obese Women. Obstetrics and Gybecology. Vol. 85, No. 3, March 1995. Pp 412-16

11.- Michael K. Yancey MD. Et al. The Frecuency of Glove Contamination During Cesarean Delivery. Obstetrics and Gynecology. Vol. 83, No. 4. April 1994. Pp 538-42

12.- Dr. Ricardo Figueroa Damian. Et al. Infecciones ginec-obstétricas por bacterias anaerobias. Ginecología y obstetricia de México. Vol. 60, Junio 1992 pp 162-70

13.- Bracero LA. Ampicilina/ Sulbactam versus Cefotetan for the prevention of infection following cesarean delivery in high risk patients: a randomized double-blind trial. Gynecol-Osbtet. 1997;44(1):21-5

14.- J. O. Dowd, M. MD. Historia de la ginecología y obstetricia. Fasciculo II. Ed. Novartis. 1998. Pp 47-52

15.- Emily R. Bakeer. Nacimineto por cesárea y cesárea histerectomía. Clinicas obstétricas y ginecologicas, Vol. 4, 1994. Pp 743-53