



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

"Análisis estadístico de la operación cesárea en el Hospital
General Tacuba, ISSSTE"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA LA

DRA ALMA CAROLINA LOPEZ HERNANDEZ

ASESOR DE TESIS

DR RENE JAIME TORO CALZADA



ISSSTE

NUM DE REGISTRO 2011



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.

DR JAIME HUMBERTO MITCHER CAMARENA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA
I.S.S.S.T.E.

DR JOSE ANTONIO DIAZ GERARD
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL
HOSPITAL GENERAL TACUBA
I.S.S.S.T.E.

DR RENE JAIME TORO CALZADA
JEFE DE SERVICIO Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA
I.S.S.S.T.E.
ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mis padres Evelio López Silva y Carolina Hernández Soria. a mis hermanos Héctor, Silvia, Luis y Mario porque a pesar de las ausencias y el cansancio, siempre recibí de ellos amor y apoyo incondicional, gracias por la libertad de realizar cada uno de mis sueños.

Agradecer a cada uno de mis maestros que con tanta paciencia me enseñaron día con día todo sobre esta hermosa especialidad sin nunca declinar, alentándome cuando realizaba las cosas bien y corrigiendo mis errores. Gracias al Dr. René Toro Calzada, Dra. Lourdes Estrada, Dr. Buitrón, Dr. Sergio Fuentes, Dr. Oscar Salinas, Dr. Rubén Martínez, gracias por escucharme y tener el consejo preciso; Dra. Yolanda Reyes Compañ, Dra. Elsa Galván, Dr. Ángel Garrido, Dra. Enríquez, Dr. Rodríguez, Dra. Orozco, Dra. Cortes, Dra. Martínez, Dr. Murillo, gracias a cada uno de ustedes por las oportunidades que me dieron día con día, guardia con guardia, por todo lo aprendido; la única forma que tengo de agradecerles es prometerles seguir cada una de sus enseñanzas y consejos y siempre llevar a cabo mi trabajo con ética y profesionalismo. Muchas gracias.

Gracias Dr. René Toro Calzada, titular del curso y asesor de mi tesis, nunca voy a poder terminar de agradecerle el tiempo dedicado a nuestra enseñanza aun cuando podíamos hacer todo lo posible para que perdiera el interés en nosotros, nunca fue así, siempre tuvo paciencia para explicarnos cada tema hasta quedar resueltas todas nuestras dudas, siempre paciente en cirugía, en cada procedimiento, gracias por creer en mí y por nunca perder la fe en nosotros.

Gracias a cada uno de mis compañeros que hicieron de todo este tiempo algo muy especial, gracias por el apoyo, los momentos felices, por los no tanto y por brindarme su amistad, gracias Dra. Mara Cárdenas, Dra. Sheyra Rodríguez, Dr. Luis Miguel Trigueros, Dr. Mario Villalba, Dra. Brenda Salazar, Srita. Sara Vazquez. Gracias a la Dra Karen Hernández y Rosalia Lara por todo lo enseñado, la paciencia que me tuvieron y por su amistad.

Finalmente agradecer a una persona muy especial que ha sido parte muy importante de vida por mucho tiempo y que siempre ha estado para compartir y festejar cada uno de mis logros y darme la mano en los momentos no tan buenos, una persona que vale mucho y a quien amo mucho, gracias Javier por estar siempre presente.

Gracias a Dios por todas las bendiciones que me ha dado y por permitirme llegar hasta aquí.

A todos ustedes Mil Gracias.

INDICE

CONTENIDO:	PAG.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS	10
MATERIALES Y METODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	16
TABLAS Y GRAFICAS	17
BIBLIOGRAFIA	25

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue Identificar las indicaciones médicas que determinan la interrupción del embarazo vía cesárea en las pacientes del Hospital General Tacuba, ISSSTE. Así como determinar la frecuencia de cesáreas. Así como determinar la frecuencia de cesáreas en pacientes primigesta y multigestas, analizar las indicaciones de la operación cesárea, analizar los antecedentes obstétricos que determinan la atención de parto o cesárea. Además de comentar las complicaciones maternas y fetales de la cesárea.

Se trata de un estudio prospectivo, observacional clínico y abierto en mujeres embarazadas con intervención quirúrgica cesárea en la Unidad Tocoquirúrgica del HG Tacuba ISSSTE realizada en el periodo del 1° de marzo 2009 al 28 de febrero 2010 con un grupo testigo las pacientes atendidas por parto vaginal en el mismo periodo. Criterios de inclusión: pacientes embarazadas con producto vivo, con resolución obstétrica en el tercer trimestre en el Hospital General Tacuba, realizada entre el 1 de marzo 2009 al 28 febrero 2010 y contar con expediente clínico completo. Criterios de exclusión: óbitos. Criterios de eliminación: Expediente clínico incompleto.

Resultados: Se revisan 773 expedientes de los cuales se descartan 3 por tratarse de óbitos. Se realizan 770 atenciones obstétricas el 58.6% de cesárea y 41.4% de parto. Del total de cesáreas realizadas 152 (72%) en primigestas o multigestas primíparas es decir sin un evento de cesárea previo, y 299 en multigestas multíparas. En el caso de partos 59(27.9%) en primigestas y 260 (46.5%) en multigestas. Del total de las cesáreas realizadas 451, se encontró que 22 de las pacientes contaban con cesárea previa, 34 iterativa y 395 no contaban con antecedentes quirúrgicos obstétricos. Del total de partos atendidos 319, 34(60.7%) tenía antecedente de cesárea previa, 1 (28%) cesárea iterativa, y 284(41.82%) sin antecedentes quirúrgicos. Dentro de las indicaciones mas frecuentes para cesárea en la paciente primigesta fue la DCP en 31 (20.3%) pacientes. En las pacientes multigestas las indicaciones de cesárea que se encontraron fueron: periodo intergenésico corto 36(12%) pacientes, DCP en 35 (11.7%), iterativa y detención secundaria de la dilatación o descenso en 34 (11.3%) pacientes.

CONCLUSIONES

Se debe mejorar la vigilancia del trabajo de parto, teniendo en cuenta la actividad uterina y la evolución de la curva de Friedmann, así como el tratamiento conservador de estas desviaciones. Mejorar el programa de planificación familiar. Aparentemente se tiene buen manejo de las pacientes con una sola cesárea previa, y si se pudieran eliminar las pacientes con periodo intergenésico corto el porcentaje de partos en este rubro se incrementaría.

INTRODUCCION

El concepto de parto de un niño vivo a través de una incisión abdominal se origina en tiempos prehistóricos. La mayoría de los informes tempranos sobre este modo de parto corresponde al nacimiento de héroes o dioses, para demostrar sus características sobrehumanas. Sin embargo, la madre solía morir o estaba muerta en el momento del parto.

El origen del término cesárea es oscuro, pero se impulsaron varias teorías diferentes. En primer lugar, la creencia popular indica que Julio César nació por vía abdominal. Sin embargo, la historia registrada indica que la madre de Julio Cesar estaba viva cuando él fue emperador. Como la comprensión de la anatomía y la cirugía era tan tosca en esa época, este informe sobre el nacimiento de Julio César es poco probable. Otro origen posible es la ley roma, Lex Regia, que indica que en toda mujer fallecida embarazada, se debe cortar el abdomen para sacar el feto. Cuando el mandatario de Roma se denominó Cesar romano, la ley se conoció como Lex Cesar. Por último, el verbo latino caedere significa cortar. Los niños nacidos de madres muertas se conocían como caesones. Entonces, la cesárea puede significar tan sólo extraer el feto mediante un corte.

Francis Rousset presentó el concepto de una operación en una mujer viva en el siglo XVII. Luego este autor estableció la posibilidad de la cirugía al comentar siete casos de mujeres que sobrevivieron e informó que se podía producir otro embarazo exitoso después de la cirugía.

Entre 1787 y 1876 se efectuaron partos por cesárea en París, que revelaron un 100% de mortalidad materna en su mayor parte, por infección o hemorragia.

En 1882, comenzó la era del parto por cesárea moderno, cuando Max Saenger introdujo la técnica de sutura del útero. Robert Wallace Johnson sugirió una incisión uterina en el segmento inferior en 1769, pero ésta no se efectuó hasta después de un siglo. Frank Fitz fue uno de los primeros que impulsaron su uso y efectuó una incisión uterina transversal baja extraperitoneal. Munro Kerr recomendó una incisión uterina semilunar, con la curva dirigida hacia arriba, en 1926, afirmando que con el uso adecuado de esta técnica se podían evitar los vasos uterinos. ⁽¹⁾

La cesárea permite el parto artificial mediante la incisión quirúrgica del útero. Desde la década de los 70's las indicaciones de cesárea se han modificado, provocando un incremento considerable de su frecuencia en numerosos países. Se ha observado en todo el mundo una verdadera inflación de la cirugía por índices del 24.1% en Estados Unidos en 1986, del 17.5% en Francia en 1998, en Noruega de 2% en 1968 al 16.4% en el 2006, y en América Latina se encuentran índices hasta de un 50% ^(2,4,7)

La razón del incremento en su incidencia no es claro, y no se puede atribuir al aumento de riesgo obstétrico. Cuando se realiza la cesárea con una indicación médica, indiscutiblemente salva vidas y disminuye la morbilidad. ⁽⁴⁾

El principal motor de este incremento de la frecuencia de cesáreas fue durante mucho tiempo la lucha contra la mortalidad perinatal. La evolución cronológica de los índices de cesárea y de la mortalidad perinatal muestra que la mortalidad sigue disminuyendo, pese a la estabilización de la frecuencia de cesáreas, lo que implica la intervención de otros factores diferentes a la cesárea. Debe recordarse que este parto quirúrgico no está exento de mortalidad propia y sobre todo, de una morbilidad netamente superior a la del parto por vía vaginal. Se debe tener en cuenta las conclusiones de la OMS, de la conferencia de 1985 sobre la tecnología apropiada para el parto, donde se estimaba que no existía ninguna justificación para que un país tuviera un índice superior al 10 o al 15%. Deron considera que en lugar de 15% debería ser 10% y en el caso de países en desarrollo menor del 10%. ⁽²⁾

*La cesárea es la operación que tiene como objeto extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Según antecedentes obstétricos de la paciente, primera: es la que se realiza por primera vez, iterativa: es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas, y previa es cuando existe el antecedente de una cesárea. Esta puede ser urgente: cuando se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica, y electiva cuando se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica, y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto*³.

*La cesárea electiva ha presentado un incremento en las últimas 2 décadas, entendiéndose también como aquella en la que la paciente decide practicarse una cesárea, sin una indicación médica. Muchos proponen la cesárea electiva para evitar las complicaciones propias del parto vaginal. Sin embargo, la evidencia ha demostrado un incremento entre la relación de cesárea electiva y altos índices de morbilidad y mortalidad*⁵.

Según la técnica quirúrgica:

Corporal o clásica: la incisión es vertical, se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cervicouterino invasor, embarazo pretérmino, situación transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizara una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia,

adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehisciente durante un nuevo embarazo.

Segmento corporal (Beck): la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

Segmento arciforme o transversal (Kerr). Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias³.

En años recientes se han publicado numerosos estudios donde se observa una relación en la recurrencia familiar de cesáreas secundarias a complicaciones como preeclampsia, embarazo prolongado, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, defectos congénitos y distocia que se relacionan con el peso al nacer, y la edad gestacional⁴.

Las indicaciones para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales o mixtas.

CAUSAS MATERNAS

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica): estrechez pélvica, pelvis asimétrica o deformada, tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas: malformaciones congénitas, tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto. Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas, cirugía previa del cérvix, vaginal y vulva que interfieren con el progreso adecuado del trabajo de parto.

Distocia de la contracción: hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta)

Patología materna incluyendo nefropatías cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus.

CAUSAS FETALES

Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica, alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal, prolapso de cordón umbilical, sufrimiento fetal, malformaciones fetales incompatibles con el parto, embarazo prolongado con contraindicaciones para parto vaginal, cesárea posmortem.

CAUSAS MIXTAS

Síndrome de desproporción cefalopélvica, preeclampsia/eclampsia, embarazo múltiple, infección amniótica, isoimmunización materno-fetal.

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas³.

Las guías del manejo de la distocia han sido realizadas por un grupo de profesionales seleccionados por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, y la Sociedad Canadiense de Ginecología y Obstetricia. Un estudio realizado en Ottawa entre 1996 y 1999 donde se encontraron varias violaciones a lo establecido en estas guías refiriendo la importancia del médico residente para la resolución de las diferentes distocias con la consecuente realización de una cesárea⁸.

La edad materna avanzada puede asociarse con un incremento en las complicaciones obstétricas con un consiguiente aumento en el número de cesáreas¹⁰.

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo, el concepto clásico de una vez cesárea, siempre cesárea, ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación. Se decidirá un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesáreas previa. Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento arciforme, antecedente de cesárea previa tipo segmento-corporal corporal o presencia de otras cirugías uterinas, antecedente de cesárea previa reciente (menor a 6 meses), antecedente de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia, pelvis no útil clínicamente.

En embarazos pretérmino y postérmino, gemelares o con productos macrosómicos, se valorara cuidadosamente el caso.

Antes de la operación cesárea deberán cubrirse los siguientes antecedentes:

Historia clínica perinatal completa, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete.

Consentimiento informado de la mujer o de un familiar responsable y firma de la autorización de la cesárea.

Previamente se informara a la paciente el motivo de la operación cesárea, así como los riesgos que esto implica, en el caso de que la paciente opte por un método anticonceptivo transcesárea o postcesárea, se recomendaran aquellos que no interfieran con la lactancia materna y se deberá contar con consentimiento informado de la mujer

Nota preoperatoria en el expediente clínico en la que se fundamente la indicación de la operación cesárea.

Los cuidados preoperatorios incluyen:

Valoración preanestésica de acuerdo a la NOM-170-SSA-1998, ayuno preoperatorio de 8 hrs o mas (cuando el caso lo permita) Rasurado supra púbico y aseo completo, con especial énfasis en la vulva y perineo, colocación de sonda vesical, disponibilidad de sangre segura y compatible.

Los cuidados posoperatorios consistirán en:

Medición horaria de signos vitales durante las primeras cuatro horas y posteriormente cada 8 hrs hasta el alta de la paciente, vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 hrs y del inicio de la micción espontánea después de retirar la sonda vesical, administración de líquidos por vía oral después de 8 hrs una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicara dieta blanda, deambulación a partir de las 12 hrs, estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal, reforzamiento de la orientación consejería en salud reproductiva, vigilar sangrado de la herida quirúrgica, retiro de puntos totales en 7 días.

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma transoperatoria o postoperatoria.

Transoperatoria: complicaciones maternas como hipotonía o atonía uterina, hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, así como tromboembolismo del líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia que pueda desgarrar o lacerar las arterias uterinas. La anestesia puede condicionar complicaciones respiratorias como hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia y cardiovasculares como hipertensión taquicardia bradicardia arritmia insuficiencia cardiaca y paro cardiaco. Complicaciones fetales por traumatismos, broncoaspiración y depresión respiratoria.

Postoperatorias: complicaciones maternas inmediatas: hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e ileo paralítico. Mediatas: infecciones puerperal urinaria o respiratoria, anemia, hemorragia por retención de restos placentarios, dehiscencia de la histerorrafia entre otras. Tardías: ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherencia. Neonatales: taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de adaptación pulmonar ⁽³⁾

Es conocido que los cambios hormonales y fisiológicos asociados con el trabajo de parto ayudan a la maduración de los pulmones del producto, situación que no se presenta en los recién nacidos por cesarea electiva. En un estudio realizado en el Hospital de la Universidad Aarhus de Dinamarca se observa un incremento de 2 a 4 veces más problemas respiratorios en recién nacidos de 37 a 39 SDG obtenidos por cesárea que por parto vaginal observándose mas frecuentemente entre las semanas 37 y 38. ⁽⁷⁾

Dentro de las complicaciones neonatales se encuentran morbilidad neonatal respiratoria. Las ventajas de del parto vaginal es la disminución de la insuficiencia respiratoria secundaria a la prematurez por iatrogenia, taquipnea transitoria, y hipertensión pulmonar persistente todos estos incrementados en la cesárea. Complicaciones menos frecuentes pero no menos serias son la hemorragia intracraneal la asfisia neonatal y la encefalopatía ⁹.

De igual forma se ha demostrado que las mujeres que tienen una cesárea en su primer embarazo esto repercute en su salud reproductiva ya que deben esperar más tiempo entre un embarazo y otro a diferencia de las que tienen parto vaginal, además de las complicaciones que tienden a presentarse por la edad materna mayor. En un estudio realizado en Holanda de 1998 al 2000 se encontró un período intergenésico promedio de 18 meses para el parto vaginal y 22 meses para cesárea ⁶. Una de las complicaciones mas serias de la cesárea es el impacto que presenta en el futuro reproductivo de la mujer siendo las anomalías en la inserción placentaria como placenta previa y/o acreta las mas importantes, presentándose en un 11-24% de las pacientes con antecedente de cesárea previa. La placenta acreta es indicación en algunos centros hospitalarios de cesárea-histerectomía y puede ser origen de una hemorragia obstétrica masiva, con una consecuente coagulopatía intravascular diseminada, lesión vesical, fallo renal, fallo respiratorio y muerte ⁹.

El alto índice de cesáreas para la obtención de un recién nacido sano y la disminución de la morbimortalidad materna en comparación con la recomendación de la OMS quienes mencionan que no es justificable que el índice de cesáreas sea superior al 15% hace necesario el conocer los criterios que se manejan en el Hospital General Tacuba para decidir interrumpir el embarazo por esta vía, en el entendido que un indicador superior al 15% puede hablar de una mala calidad de atención obstétrica.

Objetivo general

Identificar las indicaciones médicas que determinan la interrupción del embarazo vía cesárea en las pacientes del Hospital General Tacuba, ISSSTE.

Objetivos específicos:

Determinar la frecuencia de cesáreas en el Hospital General Tacuba ISSSTE

Determinar la frecuencia de cesáreas en pacientes primigesta y multigestas en el HG Tacuba

Analizar las indicaciones de la operación cesárea.

Analizar los antecedentes obstétricos que determinan la operación cesárea

Determinar complicaciones maternas relacionadas con la realización de cesáreas en el HG Tacuba.

Determinar complicaciones neonatales relacionadas con la realización de cesáreas en el HG Tacuba

MATERIALES Y METODOS

Se trata de un estudio prospectivo, observacional clínico y abierto en mujeres embarazadas con intervención quirúrgica cesárea en la Unidad Tocoquirúrgica del HG Tacuba ISSSTE realizada en el periodo del 1° de marzo 2009 al 28 de febrero 2010 con un grupo testigo las pacientes atendidas por parto vaginal en el mismo periodo.

Criterios de inclusión.

- pacientes embarazadas con producto vivo
- pacientes con resolución obstétrica en el tercer trimestre en el Hospital General Tacuba ISSSTE
- cesárea realizada entre el 1 de marzo 2009 al 28 febrero 2010
- Contar con expediente clínico completo

Criterios de exclusión.

- óbitos

Criterios de eliminación.

Expediente clínico incompleto

Se analizaron todos los expedientes de las pacientes a quienes se realizó operación cesárea como grupo problema y a las de atención de parto como grupo control en el área de tococirugía en el Hospital General Tacuba del 1 marzo del 2009 al 28 febrero 2010, para obtener información la cual se plasmó en un tabulador el cual relacionaba el número total de cesáreas, pacientes primigestas y multigestas con cesárea, complicaciones maternas secundarias a la cesárea y complicaciones fetales secundarias a la cesárea. Al grupo control se determinó el número de pacientes con cesárea previa, el porcentaje de primíparas y multíparas. Se realizará el análisis de porcentaje de primíparas con cesárea y parto, así como sus indicaciones. El análisis de porcentaje de multíparas con parto y con cesárea, y si hay diferencia con las indicaciones de las cesáreas. Analizar las pacientes con una cesárea, el porcentaje que terminan en cesárea y sus indicaciones. El porcentaje de cesáreas realizadas por ser iterativas.

RESULTADOS

Se revisan 773 expedientes de los cuales se descartan 3 por tratarse de óbitos. Se realizan 770 atenciones obstétricas el 58.6% de cesárea y 41.4% de parto. Del total de cesáreas realizadas 152 (72%) en primigestas o multigestas primíparas es decir sin un evento de cesárea previo, y 299 en multigestas multíparas. En el caso de partos 59(27.9%) en primigestas y 260 (46.5%) en multigestas. Tabla I, Grafica 1,2 y 3.

Del total de las cesáreas realizadas 451, se encontró que 22 de las pacientes contaban con cesárea previa, 34 iterativa y 395 no contaban con antecedentes quirúrgicos obstétricos. Del total de partos atendidos 319, 34(60.7%) tenía antecedente de cesárea previa, 1 (28%) cesárea iterativa, y 284(41.82%) sin antecedentes quirúrgicos. Tabla II, Grafica 4.

Dentro de las indicaciones mas frecuentes para cesárea en la paciente primigesta fue la DCP en 31 (20.3%) pacientes, seguido de la detención secundaria del descenso o dilatación en 26 (17.1%) pacientes, baja reserva fetal y ruptura prematura de membranas con Bishop desfavorable en 16 (10.5%) pacientes, preeclampsia en 14(9.2%), Bishop desfavorable en pacientes de mas de 41 SDG 10 (6.5%), la indicación de presentación pélvica y taquicardia fetal en 5 (3.28%) pacientes, oligohidramnios e hipertensión gestacional en 4 (2.63%) pacientes, placenta previa en 3 (1.97%) pacientes, sufrimiento fetal agudo, pancreatitis, miomatosis, síndrome de Hellp y producto macrosómico en 2 (1.31%), y en solo 1 (0.65%) prematuridad, edad materna avanzada, malformación congénita, IVPH y sufrimiento fetal crónico. Tabla III.

En las pacientes multigestas las indicaciones de cesárea que se encontraron fueron: periodo intergenésico corto 36(12%) pacientes, DCP en 35 (11.7%), iterativa y detención secundaria de la dilatación o descenso en 34 (11.3%) pacientes, baja reserva fetal 27 (9%), cesárea previa 22 (7.35%), ruptura prematura de membranas en 19(6.35%) pacientes, presentación pélvica 12 (4%), presentación transversa, edad materna avanzada 11 (3.67%), hipertensión gestacional 8 (2.67%), taquicardia fetal 7 (2.34%), diabetes gestacional y preclampsia 5(1.67%), oligohidramnios y prematuridad 4 (1.33%), macrosomía y síndrome de Hellp 3 (1%), dolor en segmento, embarazo gemelar, placenta previa, sufrimiento fetal agudo 2 (0.66%) y miomatosis 1 (0.3%). Tabla III

Dentro de las complicaciones maternas secundarias a cesárea se reportaron punción inadvertida de la duramadre en 6 pacientes, dehiscencia de herida quirúrgica y HTA obstétrica 2 pacientes, lesión vesical en 1 paciente. Tabla IV

Dentro de las complicaciones fetales secundarias a la operación cesárea se encontraron sepsis en 2 bebés con antecedentes de ruptura de membranas quienes fallecieron, de las más frecuentes la taquipnea transitoria del recién nacido. Tabla V

DISCUSION

Uno de los grandes problemas en la actualidad es la alta incidencia de operación cesárea en nuestro Instituto, pero principalmente en nuestra unidad donde varía del 50% hasta mas del 60%, en este periodo de un año el porcentaje en nuestro hospital fue del 58.6%, muy por arriba de lo esperado en nuestro hospital de segundo nivel. Se han diseñado estrategias para intentar reducirla, pero sin éxito. El nivel señalado por la OMS es del 15% el deseable. Este fue el motivo del presente trabajo para realizar un diagnóstico situacional epidemiológico de la operación cesárea para en base a este poder realizar un plan para corregir alguna desviación.

Para comenzar en nuestra población hay una tendencia a posponer la gestación, las pacientes son mas informadas, hay mayor tendencia a la demanda por falta de atención, esto tal vez obliga a la atención a la defensiva.

En el análisis encontramos que el índice de cesárea en primípara fue del 72.1%, en contraste con el 53.5% de las multíparas siendo esta diferencia significativa. Es decir que por el hecho de ser multíparas hay mayor posibilidad de resolver el embarazo por via vaginal. Pero lo mas importante y grave es que cualquier primípara independientemente de sus antecedentes tiene solo el 28% de posibilidad de resolverse por via vaginal.

Analizando las indicaciones de cesárea en las primíparas fueron la mas frecuente la DCP con un 20.3 %, casi la quinta parte del total. En segundo lugar la detención secundaria de la dilatación con un 17.1%, que se podría sumar a la primera, como causa de cesárea. Esto nos indica que tal vez una mejor vigilancia de la actividad uterina durante el trabajo de parto nos ayudaría a reducir casi la tercera parte de todas las cesáreas en primíparas. La baja reserva fetal (10.5%) y la RPM con Bishop desfavorable (10.5%) poco se puede modificar. La preclampsia solo ocupó el 9.2%.

En el renglón de la multíparas, siempre el antecedente de una operación cesárea es tal vez el antecedente mas importante. Al realizar el análisis de las pacientes con una cesárea previa encontramos que el 60% de nuestras pacientes terminarán en parto, sin importar la indicación de la cesárea anterior. Esto consideramos un buen porcentaje de partos ante este antecedente. Lo que es mas interesante, una multípara con cesárea previa tiene mas posibilidad de un parto que una primigrávida.

En el renglón de las iterativas hay poco que modificar ya que el riesgo de dehiscencia es muy alto. En las multíparas sin antecedente de cesárea previa o iterativa, es decir con antecedente de parto previo el índice de cesárea es nuevamente alto del 58%. Analizando las causas de multíparas encontramos que el primer lugar es el periodo intergenésico corto en un 12%. Esto quiere decir que a pesar de las advertencias que se les indique, la necesidad de tener familia rápido y la falta de planificación familiar nos provoca este porcentaje tan alto. Al igual que en las primíparas, la segunda causa es la desproporción céfalo-pélvica con un 11.7%, lo que se podría corregir con la vigilancia adecuada del trabajo de parto. Las indicaciones que le siguen son cesárea previa y la cesárea iterativa.

CONCLUSIONES

Se debe mejorar la vigilancia del trabajo de parto, teniendo en cuenta la actividad uterina y la evolución de la curva de Friedmann, así como el tratamiento conservador de estas desviaciones.

Mejorar el programa de planificación familiar

Aparentemente se tiene buen manejo de las pacientes con una sola cesárea previa, y si se pudieran eliminar las pacientes con periodo intergenésico corto el porcentaje de partos en este rubro se incrementaría.

Tabla 1. Proporción de pacientes primigestas y multigestas con parto y cesárea

	PRIMIGESTAS O MULTIGESTAS PRIMIPARAS	MULTIGESTAS MULTIPARAS	TOTAL
PARTO	59 (27.9%)	260 (46.5%)	319 (41.4%)
CESAREAS	152 (72%)	299 (53.5%)	451(58.6%)
	211 (100%)	559 (100%)	770 (100%)

p< 0.05

TABLA II. PROPORCION DE ATENCION OBSTETRICA DE ACUERDO A SUS CESAREAS PREVIAS O NO

	CON CESAREA PREVIA	CON ITERATIVA	SIN PREVIA O ITERATIVA	
PARTO	34 (60.7%)	1(2.85%)	284 (41.82%)	319 (41.42%)
CESÁREA	22 (39.28%)	34(97.14%)	395 (58.17%)	451 (58.57%)
TOTAL	56(100%)	35(100%)	679 (100%)	770 (100%)

$p < 0.001$

TABLA III. INDICACIONES DE CESAREA EN PACIENTE

INDICACIONES	PRIMIGESTA	%	MULTIGESTA	%
DCP	31	20.3%	35	11.7%
PIC			36	12%
ITERATIVA			34	11.3%
DETENCION SEC DEL TDP	26	17.1%	34	11.3%
CESAREA PREVIA			22	7.35%
BAJA RESERVA FETAL	16	10.5%	27	9%
RPM	16	10.0%	19	6.35%
PREECLAMPSIA	14	9.2%	5	1.6%
BISHOP DESFAVORABLE (41SDG)	10	6.5%		
PRODUCTO TRANSVERSO			11	3.6%
PELVICO	5	3.28%	12	4%
TAQUICARDIA FETAL	5	3.28%	7	2.3%
DIABETES GESTACIONAL			5	1.6%
OLIGOHIDRAMNIOS	4	2.63%	4	1.33%
HIPERTENSION GESTACIONAL	4	2.63%	8	2.67%
PLACENTA PREVIA	3	1.97%	2	0.66%
SFA	2	1.31%		
MACROSOMIA	2	1.31%	3	1%
PANCREATITIS	2	1.31%		
SINDROME DE HELLP	2	1.31%	3	1%
MIOMATOSIS	2	1.31%	1	0.3%
PREMATURO	1	0.65%	4	1.33%
IVPH	1	0.65%	2	0.66%
DOLOR EN SEGMENTO			2	0.66%
EDAD MATERNA AVANZADA	1	0.65%	11	3.67%
MALFORMACION CONGENITA	1	0.65%		
EMBARAZO GEMELAR	1	0.65%	2	0.66%
SFC	1	0.65%	1	0.3%

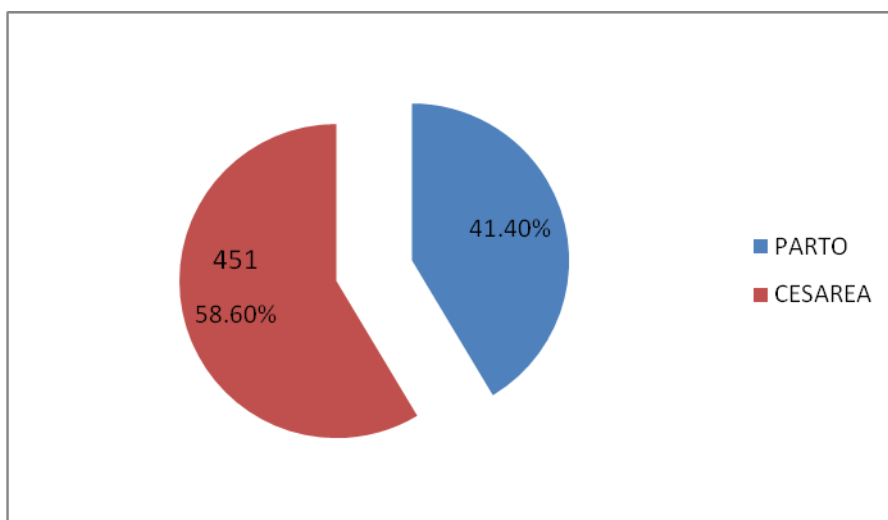
TABLA IV. COMPLICACIONES MATERNAS SECUNDARIAS A LA OPERACIÓN CESAREA

DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA	2
PUNCION ADVERTIDA DE LA DURAMADRE	6
LESION VESICAL	1
HISTERECTOMIA OBSTETRICA	2

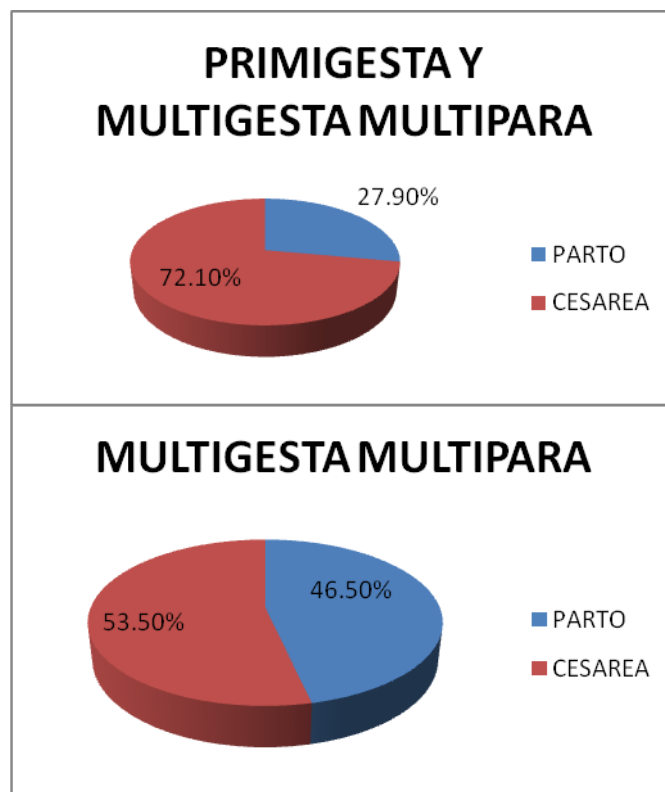
TABLA V. COMPLICACIONES FETALES SECUNDARIAS A LA OPERACIÓN CESAREA

	ALOJAMIENTO CONJUNTO	UCIN
SEPSIS	2 (FALLECIERON)	5
TTRN		15
HIPOGLICEMIA		8
POSTERMINO		1
SFA		1
SFC		1

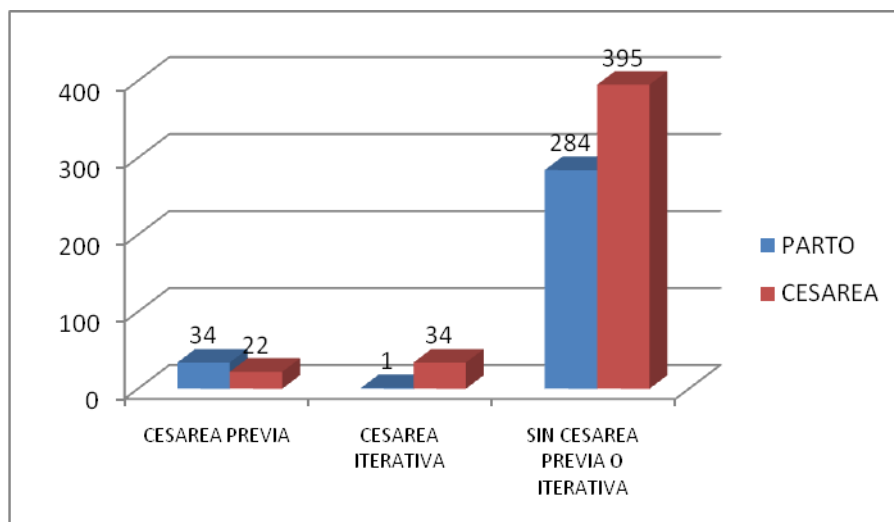
GRAFICA 1. PROPORCION DE ATENCION OBSTETRICA PARA PARTO Y CESAREA



Grafica 2 y 3. Distribución de la atención por parto o cesárea en la paciente primigesta y multigesta



Grafica 4. PROPORCION DE ATENCION OBSTETRICA DE ACUERDO A SUS ANTECEDENTES



BIBLIOGRAFIA

1. **GILSTRAP III. CUNNINGHAM Y VANDORSTEN.** “Urgencias en sal de partos y obstetricia quirurgica” p.p. 256 – 258. Editorial Panamericana 2002.
2. **DESOLLE L., DARAI E.** “Evolución técnica de la cesárea” Enciclopedia media quirurgica. Vol.5 p.p. 41-902 al 41-903. 2000
3. **LINEAMIENTO TECNICO.** “Cesárea”. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Prevención Protección de la Salud. Dirección General de Salud Reproductiva.
4. **TOLLANES METTE C, RASMUSSEN SVEIN Y COLS .** “Caesarean section among relatives”. *International Journal of Epidemiology* 2008; 37;1341-1348.
5. **CHING LUI TSAI PHD, CHEN CHI SHYAN AND LING HERNG CHING PHD.** “Does elective caesarean section increase utilization of postpartum materna medical care”. *Maternal Care* 2008; 46;4;440 – 446.
6. **EIJSINK JJH, VAN DER LEEUW HARMSSEN L. AND PJQ VAN DER LINDEN.** Pregnancy after Caesarean section: fewer or later? *Human Reproduction* 2008; 23;3; 543-547.
7. **KIRKEBY HANSEN ANNA, WISBORG KARSTEN ULOBERG NIELS .** “Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study”. *BMJ* 2008; 1-7.
8. **OPPENHEIMER, LAWRENCE W., HOLMES PAUL.** “Adherence to guidlines on the management of distocia an cesarean section rates”. *American Journal of Perinatology* 2007; 24; 5: 271-276.
9. **YOUNG MI LEE AND MARY E D’ALTON.** “Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications”. *Obstetrics and Gynecology.* 2008. 20:1-5
10. **LUKE BARBARA AND B. BROWN MORTON** “Elevated risk of pregnancy complciacions and adverse outcomes with increasing maternal age”. *Human Reproduction* Vol 22 no. 5 pp 1264-1272 2007.
11. [10] Department of Health and human services. Public heath service. Centers for disease control national center for health statistics. *Trends and variations in first births to older women 1970-1986. Vital and health statistics. Series 21 n. 47* Washington DC. Government Printing Office.