

11217
105
2y



Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional del Noroeste

"MORBIMORTALIDAD MATERNA EN LA OPERACION
CESAREA DE REPETICION"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dr. FRANCISCO NARANJO RAMOS

ASESOR:

DR. RAMON ADOLFO HIGUERA



TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

I. M. S. S.

Ciudad Obregón, Sonora [REDACTED] 1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

La operación cesárea es una ejemplar demostración de lo que la ciencia ha aportado a la humanidad, si se tiene en cuenta la cantidad de seres humanos que nacen a través de su ejecución y que un gran número de madres debe a ella su supervivencia. El perfeccionamiento obtenido en la técnica, ha hecho que esta se convierta en un procedimiento de gran utilidad en la obstetricia moderna, del cual no puede prescindirse actualmente.

La finalidad de este trabajo es presentar una revisión retrospectiva de la operación cesárea de repetición programada y de urgencia, donde se analizaran los problemas resultantes de su ejecución, que quizá sea lo más importante por la gran difusión que goza la operación, y así desterrar la falsa idea de que una intervención de este tipo es inocua y que por lo tanto cualquiera y en cualquier circunstancia la puede ejecutar. Además se hablaran aspectos históricos, frecuencia, indicaciones y técnica quirúrgica.

Finalmente, en la presente investigación no pretendemos dar a conocer ideas, datos y normas que revolucionen nuestros conceptos actuales, sino que tiene alcances más modestos: simplemente el de mostrar la experiencia al respecto en el hospital de Gineco-Pediatria del C.M.N.No. que nos dio la oportunidad de realizar una especialidad.

Analizar las causas de morbilidad materna en la --
operación cesárea de repetición programada y de urgencia en el
Centro Médico Nacional del Noroeste.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La operación cesárea esta lejos de ser considerada un --
procedimiento inocuo, los índices de morbilidad materna van --
del 13.8 a 21.7 por ciento (3,) y los de mortalidad varían de
2.8 a 8 por 10 000 nacidos vivos (3). Se considera un procedi-
miento quirúrgico mayor, como tal, se relaciona con lesiones --
que no se producen durante los partos vaginales.

¿ Cuando la operación cesárea es de repetición programa
da o de urgencia, tiene implicaciones más importantes que cuan
do se realiza por vez primera ?, por eso hemos querido anali-
zar la morbilidad materna en nuestra Unidad.

DEFINICIONES:

3)

La operación cesárea o parto por cesárea se define a la extracción del feto (vivo o muerto), a través de una incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía), siempre que el embarazo haya llegado a las 27 semanas o más. Esta definición no incluye la extracción del feto cuando parte de él se encuentra fuera de la cavidad uterina -- por la existencia de una ruptura uterina o de embarazo abdominal. El concepto de "microcesárea" no es válido, ya que la definición no incluye extracción del feto antes de las 26 semanas, estos casos se denominan simplemente como "histerotomías abdominales". (1,2)

Cesárea de repetición: Es aquella que se lleva a cabo en una paciente que tiene el antecedente de una o más cesáreas. La indicación del procedimiento quirúrgico puede ser diferente a la indicación de la cesárea previa. (1,10)

Para otros, el concepto de cesárea repetida se utiliza para designar los casos en los cuales la operación cesárea se repite por una misma causa, como podría ser el caso de una desproporción cefalopélvica. (10)

Cesárea iterativa: Anteriormente se consideraba como -- operación cesárea iterativa la que se repite, basándose en el significado de la palabra "iterativo", que viene del latín ---

iterativus (aquello que se repite o reitera) y que corresponde a la cesárea repetida de los autores sajones. Sin embargo para la moderna obstétrica mexicana, la designación de cesárea iterativa es aquella que se practica cuando se tiene el antecedente de dos o más cesáreas previas. Puede no haber complicaciones medicas y obstetricas, pero el procedimiento se ejecuta -- por el antecedente de las cicatrices uterinas, que impiden bajo cualquier circunstancia todo procedimiento vaginal. (1)

HISTORIA:

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 perfeccionandose hasta el grado como la conocemos hoy en día.

La palabra cesárea, viene del verbo latino caedere que significa cortar, y a los fetos extraídos de esta forma se les llama caesones o caesores. (10)

El origen del término cesárea se desconoce, se cree que Julio César fue el primero en nacer de esta manera, otros que fue Escipión el Africano o primer César o bien que deriva de la ley decretada por Numa Pompilio (siglo VIII a. de C.): "Lex Cesárea," en que debían extraer extraer los fetos al morir la madre con la esperanza de salvar al producto. (2)

No se conoce el dato preciso de cuándo sería la primera vez que se intentó una operación cesárea repetida, por quién y que resultados se obtuvieron, lo que sin duda sería muy interesante, pudiendo solo presumir que probablemente esto no sucedió hasta ya entrado nuestro siglo y posiblemente dentro de -- los primeros cinco lustros. (10)

FRECUENCIA:

La frecuencia de cesárea de primera vez en la literatura mundial es variable, en la década de los 40s. osciló entre 8 y 35 por ciento, en la actualidad las cifras varían entre 20 a 40 por ciento. (3)

Es difícil determinar exactamente cuál es la verdadera frecuencia de la operación cesárea de repetición. En años recientes se ha observado un incremento importante en el número de pacientes con varias cicatrices uterinas, esta frecuencia es muy variable, en las distintas publicaciones hechas al respecto aparecen oscilaciones que van desde un 20 a un 62 por ciento. (10)

Por su parte Rodríguez y cols., reportan que pacientes con antecedente de una cesárea en 62.9 por ciento de los casos motivó la repetición de la misma por estar presente la indicación que condicionó la primera y de 36.19 por ciento en pacientes con dos y tres cesáreas anteriores, y si es loable la poca frecuencia de pacientes con cuatro cesáreas o más, lo que habla en favor de una prevención de la morbilidad materno-fetal y el buen eco de las campañas de planificación familiar. (3)

INDICACIONES:

Hacer una clasificación de indicaciones de operación -- cesárea de repetición es difícil, porque existe un enorme número de ellas. Se ha pretendido dividir las en absolutas y relativas, en maternas, fetales y mixtas. (11)

La evolución de las indicaciones siguió paralelamente - los éxitos de la misma. En algunas ocasiones pueden variar de hospital a hospital y de una escuela obstétrica a otra y aún - más, entre los mismos gineco-obstetras de una institución.

Las indicaciones para la práctica de esta intervención deben contemplar tanto factores maternos como fetales.

Algunas de las indicaciones más frecuentes en nuestro - medio son:

a) Falla en el progreso del trabajo de parto. Es la indicación más frecuente y en muchas instituciones se utiliza como equivalente al concepto de desproporción cefalopélvica o -- distocia de contracción. Se prefiere el concepto de "falla en el progreso del trabajo de parto", ya que no predispone en futuros embarazos a tener que realizar una nueva operación cesárea sobre todo cuando se ha calificado como desproporción cefalopélvica en forma imprecisa y no bien documentada.

b) Cesárea iterativa. Cuando hay el antecedente de dos o más cesáreas, hay la obligación absoluta de efectuar una ---

nueva operación. La programación se debe realizar teniendo en cuenta que se debe certificar que el embarazo sea de término y que la madurez fetal se ha corroborado mediante ultrasonido o pruebas de madurez pulmonar en líquido amniótico. Excluir de este concepto aquellos casos donde sea absolutamente necesario interrumpir el embarazo con carácter imperioso (trabajo de parto, complicaciones maternas o fetales, etc.). (1)

c) Presentaciones anormales.

d) Sufrimiento fetal. Teniendo en cuenta que el diagnóstico de sufrimiento fetal se realiza desde sus etapas iniciales (monitorización fetal electrónica), el porcentaje por esta causa se ha incrementado en forma importante, sin embargo si la interpretación de la monitorización es adecuada la frecuencia de la cesárea no se debe incrementar necesariamente.

e) Interrupción del embarazo en los estados hipertensivos (toxemia), sobre todo si el cérvix no es apto para una inducción.

f) Placenta previa, DPPNI, prolapso de cordón umbilical y RPM con cérvix no favorable para inducto conducción.

g) Las pacientes con diabetes mellitus y otras complicaciones médicas asociadas al embarazo se deben analizar individualmente. Es obvio, la mayor frecuencia con que el embarazo -

se termina por vía abdominal en estos casos.

h) Los problemas de isoinmunización materno fetal, tumores previos, patologías del cérvix, distocias de partes blandas, etc. constituyen un número relativamente bajo de causas - para indicar este procedimiento.

i) El embarazo prolongado con malas condiciones cervicales o imposibilidad de vigilancia biofísica del trabajo de parto.

j) Cesárea anterior/previa. El antecedente de una cesárea no constituye por si sola la indicación de una nueva operación, se deben investigar los antecedentes de la primera cirugía (tipo de cesárea, lugar donde se ejecuto, complicaciones - trans. y postoperatorias, etc.), y decidir una de las siguientes conductas: 1) La de repetir obligatoriamente la operación. Norma de manejo que caería dentro del grupo de la indicación - anterior. 2) La de permitir bajo ciertos requisitos indispensables una prueba de trabajo de parto. En este segundo caso, hay un porcentaje de pacientes que a pesar de esta prueba se operan nuevamente. (1)

MORBIMORTALIDAD:

Se ha llegado a creer que la operación cesárea es un -- procedimiento sin peligros, tanto para la madre como para el -- feto, sin embargo esto es falso porque al igual que cualquier procedimiento quirúrgico lleva un peligro intrínseco en sí mismo, existen complicaciones quirúrgicas capaces de producir morbimortalidad.

A medida que la paciente sufre más operaciones hay un -- aumento en las complicaciones quirúrgicas, esto sucede cuando las técnicas quirúrgicas no son muy puras, la preparación de -- las pacientes no es adecuada y no se respeta la incisión uterina previa.

Entre las principales complicaciones quirúrgicas de la cesárea de repetición se encuentran:

- a) Procesos adherenciales en la cavidad abdominal.
- b) Elevación vesical anormal.
- c) Malas condiciones del segmento.
- d) Implantaciones anormales de la placenta.
- e) Dehiscencias de la cicatriz uterina.

Entre las complicaciones más específicas y por lo tanto más importantes en la operación cesárea de repetición se encuentran; las inserciones placentarias defectuosas y los defectos cicatrizales. En relación a la implantación anormal de la

placenta, hay que señalar que se encuentra en el 3 por ciento de todos los casos, correspondiendo un 2 a 2.5 por ciento a la inserción placentaria sobre la misma cicatriz y un 0.5 a 1 por ciento de acretismo. Por su parte el estado defectuoso de la cicatriz se ha observado en el 21 por ciento de las pacientes con dehiscencia y 9.2 por ciento con adelgazamiento. El 85.7 por ciento de las dehiscencias se encuentran en pacientes con trabajo de parto, en contraste con la operación programada --- (14.3 por ciento), lo cual es altamente significativo. Es importante señalar que el número de dehiscencias disminuye con el aumento en el número de cesáreas, lo cual explica porque en estos casos las pacientes no son sometidas a trabajo de parto.

(10)

MORBILIDAD: Las complicaciones producidas por la operación en sí misma, son muchas y de diversa índole, algunas mortales y la mayoría mínimas. Como en toda cirugía programada, las complicaciones son menores que la de urgencia. Los índices de morbilidad van del 13.8 al 21.7 por ciento y variara de acuerdo a la indicación operatoria, duración del trabajo de parto, lapso transcurrido entre la ruptura de membranas y la intervención quirúrgica, técnica, etc. (1,3,7)

La lista de complicaciones transoperatorias es larga, entre las más importantes se encuentra la hemorragia, lesiones a vejiga, uréter, intestino, vasos sanguíneos, laceraciones -- del cuello uterino, vagina y ligamento ancho; accidentes que --

pueden hacerse ostensibles hasta el postoperatorio y ser la - causa del sangrado en ese período.

Entre las complicaciones postoperatorias, en orden de - frecuencia, más no de importancia se encuentra la infección de la herida, decíduomimetritis, infecciones urinarias, infeccio nes respiratorias, peritonitis e íleo paralítico. (5)

Puede haber histerectomía como resultado de hemorragia e infección, y la infección posterior a la intervención puede deteriorar la fertilidad futura. (5)

MORTALIDAD: Si en algún aspecto de la medicina se ha notado ex traordinariamente la evolución satisfactoria, podemos manifes- tar que es en la mortalidad obstétrica y en especial en la ope- ración cesárea, puesto que de una mortalidad del 100 por cien- to todavía en la segunda mitad del siglo pasado, ha cambiado a ser casi negativa 100 años después. (10)

En la mayoría de los hospitales la tasa de mortalidad - materna del 0.1 a 0.2 por ciento, pero en otros excede el 3 -- por ciento como resultado de una evaluación preoperatoria defi- ciente, técnica quirúrgica defectuosa, el sitio donde se llevo a cabo la intervención no era adecuado, la indicación fue co- rrecta pero la intervención se hizo tardíamente, o bien la ope- ración necesaria es bien indicada y ejecutada, pero se lleva - a cabo en una paciente elevado riesgo. (5)

TECNICA QUIRURGICA:

Este es el único ejemplo de la cirugía, en el cual una intervención se repite en el mismo sitio y con la misma técnica.

La técnica en la operación cesárea de repetición es similar a la operación cesárea de primera vez, diferenciándose sólo en algunos pasos especiales como son:

a) Es necesario tener en reserva dos unidades de sangre cruzada, por la posibilidad de un sangrado mayor de lo habitual o por la necesidad de efectuar a continuación una cesárea - histerectomía.

b) Debera researse la cicatriz cutanea previa. La disección de los planos parietales es algo más laborioso, pero puede hacerse con cuidado.

c) Al pasar a cavidad abdominal frecuentemente hay que efectuar la liberación de adherencias.

d) Las adherencias de la vejiga al segmento son más --- acentuadas entre más operaciones se ejecuten, por lo que es -- necesario hacer una disección muy cuidadosa de ellas.

e) La incisión sobre el útero siempre deberá hacerse so
bre la cicatriz previa.

f) Algunos después de la extracción fetal y el alumbramiento, recomiendan la dilatación retrógrada del cuello uterino para favorecer el drenaje posterior de los loquios.

g) Es necesario revisar el estado del segmento y la pre
sencia o no de sangrado en el lecho placentario que podría hacernos sospechar de acretismo placentario.

h) La sutura uterina, su peritonización y el cierre de la pared abdominal, es similar al de cualquier operación cesárea. (10)

MATERIAL Y METODOS:

En el presente estudio se incluyeron las pacientes postoperadas de cesárea de repetición programadas y de urgencia en el período comprendido del 1o. de julio al 30 de septiembre de 1990, la información se obtuvo en archivo clínico del hospital de Gineco-Pediatría del C.M.N.No. donde se revisaron retrospectivamente los expedientes.

Se incluyeron las pacientes postoperadas de cesárea de repetición (tipo Kerr) programadas y de urgencia con embarazo de término no complicado, y se excluyeron las pacientes postoperadas por embarazo pretermino, embarazo de término complicado con hipertensión inducida por el embarazo, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías, procesos infecciosos, uso de antibiótico pre o postoperatorio, ruptura de membranas mayor de 6 horas al momento de la cirugía, antecedente de cesárea corporal y segmento corporal.

Las variables independientes investigadas fueron la edad, gestas, paras, abortos, cesáreas e indicaciones, anestesia, hemoglobina pre y postoperatoria, y método de planificación familiar otorgado.

Las variables dependientes fueron:

- a) Sangrado transoperatorio igual o mayor de 700 ml.

b) Accidentes quirúrgicos: Lesiones a vejiga, uréter, - intestino, vasos sanguíneos, cuello uterino, vagina y ligamentos anchos.

c) Infecciones: Hipertermia mayor de 38 C o mayor después de 72 horas de postoperada. Deciduometritis: Subinvolución uterina, loquios purulentos y fétidos. Herida quirúrgica: Bordes hiperémicos, aumento de temperatura local y salida de secreción purulenta. Infección de vía urinarias: Disuria, - polaquiuria, tenesmo vesical, Giordano positivo, urocultivo y EGO anormales. Infecciones que se extienden fuera del útero -- (anexitis, pelviperitonitis y septicemia): Calosfríos, fiebre, taquicardia, astenia y malestar general. Loquios purulentos y fétidos, dolor a la palpación abdominal, útero subinvolucionado y palpación de masas.

d) Anemia: Hemoglobina postoperatoria menor de 10 grs/-dl.

RESULTADOS:

Durante el período comprendido del 16. de julio al 30 - de septiembre de 1990, en el hospital de Gineco-Pediatría del C.M.N.No. hubo 1790 nacimientos; de ellos, 1287 (71.84 por ciento) fueron atendidos por vía vaginal, 503 (28.11 %) fueron cesáreas; de las cuales 225 (44.13 %) eran de repetición - de donde se revisaron 90 expedientes clínicos que reunieron -- los criterios de inclusión.

En la tabla I se observa la edad de las pacientes, el - grupo más numeroso se encontró entre los 19 a 23 años (43.33 - por ciento).

El grupo más numeroso fue el de las secundigestas con - 46 pacientes (51.11 por ciento), (Cuadro II).

Años	EDAD	
	casos	Por ciento
19 - 23	39	43.33
24 - 28	34	37.77
29 - 33	11	12.22
34 - 38	4	4.44
39 o más	2	2.22
TOTAL	90	100.0

Cuadro I

GESTACION'

Gesta . . .	Casos	Por ciento
II	46	51.11
III	33	36.66
IV	10	11.11
V o más	1	1.11
Total	90	100.0

Cuadro II

El antecedente de parto se encontro en solo 7 pacientes (7.77 por ciento), (Cuadro III).

De los antecedentes obstétricos el más importante fue - el número de cesáreas previas, correspondiendo a 62 pacientes (68.88 por ciento) el antecedente de una. (Cuadro IV)

PARIDAD

Paridad	No.	Por ciento
I	7	7.77
II	-	-
III o más	-	-
Total	7	7.77

Cuadro III

CESAREAS PREVIAS

Cesáreas	Casos	Por ciento
1	62	68.88
2	28	31.11
3 o más	0	-
Total	90	100.0

Cuadro IV

A 28 pacientes se realizó cesárea iterativa que corresponde al 31.11 por ciento del total de las cesáreas. (Cuadro V)

En 48 pacientes (53.33 por ciento) la cirugía fue programada y en 42 (46.66 por ciento) de urgencia. (Cuadro VI)

TIPO DE CESAREA

Tipo	Casos	Por ciento
De repetición	62	68.88
Iterativa	28	31.11
Total	90	100.0

Cuadro V

CARACTERISTICAS DE LA CESAREA

Cesárea	Casos	Por ciento
Programada	48	53.33
De urgencia	42	46.66
Total	90	100.0

Cuadro VI

En cuanto a las indicaciones de la cesárea de repetición, en el Cuadro VII consignamos las causas maternofetales -- más frecuentemente encontradas, como era de esperarse en primer lugar esta la desproporción cefalopélvica con 39 casos --- (43.33 por ciento), seguida por la cesárea iterativa con 28 -- casos (31.11 por ciento) y el período intergénésico corto con 18 casos (16.66 por ciento).

En el Cuadro VIII en orden decreciente mostramos las -- indicaciones de cesárea de repetición y su condición de programada o urgencia, quedando como causa más frecuente la desproporción cefalopélvica con 39 casos; de ellos, 17 (18.88 por -- ciento) fueron programados y 22 (24.44 por ciento) de urgencia, seguido por 28 casos de cesárea iterativa; de ellos 23 (25.55 por ciento) fueron programados y 5 (5.55 por ciento) de urgencia.

INDICACIONES DE LA CESAREA

Indicaciones	Casos	Por ciento
Maternas:		
Cesárea iterativa	28	31.11
Período intergénésico corto	15	16.66
Fetales:		
Sufrimiento fetal	3	3.33
Presentación anormal	3	3.33
Mixtas:		
Desproporción cefalopélvica	39	43.33
RPM y alteraciones de la mecánica uterina	2	2.22
Total	90	100.0

Cuadro VII

DISTRIBUCION DE LAS INDICACIONES
PROGRAMADA/URGENCIA

Indicaciones	Casos:	Progva:	%	Urgencia:	%	Total %
DGP	39	17	18.88	22	24.44	43.33
Ces. Iterativa	28	23	25.55	5	5.55	31.11
PIC	15	6	6.66	9	10.0	16.66
Sufrim. fetal	3	0	-	3	3.33	3.33
Present. anormal	3	2	2.22	1	1.11	3.33
RPM y alt. de la mecánica uterina	2	0	-	2	2.22	2.22
Total	90	48	53.33	42	46.66	100.0

Cuadro VIII

El tipo de anestesia más utilizada fue el bloqueo peridural con 88 (97.77 por ciento) casos, contra solo 2 casos (2.22 -- por ciento) de la anestesia general. (Cuadro IX)

En 25 pacientes (27.77 por ciento) se colocó DIU transcesarea, a 49 (54.44 por ciento) se practicó salpingoclasia y a 16 -- (17.77 por ciento) no se otorgó ninguno. (Cuadro X), lo que nos da una protección del 82.22 por ciento.

ANESTESIA

Tipo	Casos	Por ciento
Bloqueo peridural	88	97.77
Anestesia general	2	2.22
Total	90	100.0

Cuadro IX

PLANIFICACION FAMILIAR

Cesárea	Casos:	DIU:	%	OTB:	% Ninguno	Total %	
Previa	62	25	27.77	21	23.11	16	50.89
Iterativa	28	0	-	28	31.11	-	31.11
Total	90	25	27.77	49	54.44	16	82.22

Cuadro X

MORBILIDAD:TRANSOPERATORIA:

En el Cuadro XI se presentan las 3 pacientes (3.33 por ciento) que tuvieron sangrado igual o mayor de 700 ml. que pertenecieron al grupo de urgencia.

Solo cuatro pacientes (4.44 por ciento) presentaron complicaciones quirúrgicas; de ellas, 2 (2.22 por ciento) de la cirugía programada y 2 (2.22 por ciento) de la de urgencia, las complicaciones encontradas fueron 2 desgarros en comisura de histerotomía, un desgarro de mesosalpinx y formación de hematoma en angulo de histerotomía en una paciente. (Cuadro XII)

SANGRADO

Cesárea	Casos:	- 700 ml	%	+ 700 ml	%	Total %
Programada	48	48	53.33	0	-	53.33
Urgencia	42	39	43.33	3	3.33	46.66
Total	90	87	96.66	3	3.33	100.0

Cuadro XI

QUIRURGICAS

Cesárea	Casos:	Con:	%	Sin:	%	Total %
Programada	48	2	2.22	46	51.11	53.33
Urgencia	42	2	2.22	40	44.44	46.66
Total	90	4	4.44	86	96.55	100.0

Cuadro XII

MORBILIDAD POSTOPERATORIA:

No se encontraron procesos infecciosos postoperatorios.

Finalmente, la anemia menor de 10 grs./dl fue mayor en las cesáreas programadas con 16 pacientes (17.77 por ciento) y 13 de las de urgencia (14.44 por ciento), en 25 pacientes (27.77 por ciento) no se encontraron los resultados, siendo 14 --- (15.55 por ciento) y 11 (12.22 por ciento) de la de urgencia. - Se hemotransfundieron 3 pacientes (3.33 por ciento). (Cuadro XIII)

MORTALIDAD: No hubo en el presente estudio.

ANEMIA

Cesárea				Total		
	No.	Hb. < 10	%	No.	Hb. + 10	%
Programada	34	16	24.61	18	27.69	52.30
Urgencia	31	13	20.0	18	27.69	47.69
Total	65	29	44.61	34	55.38	99.99

Cuadro XIII

Nota: Se excluyeron 25 pacientes que no tenían examen de laboratorio.

DISCUSION:

En cuanto a la edad de nuestras pacientes, cabe señalar que la distribución máxima se presentó en la época de --- mayor fertilidad (18 a 30 años), que esta acorde con lo reportado por otros autores. (3,6)

En nuestra serie encontramos que el 51.11 por ciento de las pacientes son secundigestas, muy semejante a lo publicado por Ruiz Velasco y cols. (10)

Rodríguez y cols., reportan que pacientes con antecedente de una cesárea en 62.9 por ciento de los casos motivo -- la repetición de la misma por estar presente la indicación -- que condiciona la primera, nosotros encontramos cifras de --- 68.8 por ciento. (3)

La bibliografía reporta un 29.86 por ciento de pacientes con 2 cesáreas previas contra 31.11 por ciento de nuestro estudio, porcentajes no despreciables, y si es loable la poca -- frecuencia de pacientes con tres o más cesáreas, lo que habla en favor de una prevención de la morbilidad materna y del buen eco de las campañas de planificación familiar. (3,6)

Se considera que la edad gestacional para programar -- la cesárea iterativa es alrededor de la semana 38, siempre y

cuando no se presente ninguna complicación que amerite la intervención antes de la fecha señalada. De nuestro estudio el 5.5 por ciento de las cesáreas iterativas se presentaron como urgencia, esto habla en favor de una falta de información y educación médica de las pacientes, y fue lo que condicionó -- que la interrupción del embarazo no se programara antes.

Encontramos que las indicaciones de la cesárea de repetición son muy similares a las reportadas por otros investigadores, siendo el antecedente de una o más cesáreas, el sufrimiento fetal y la desproporción cefalopélvica las principales indicaciones. (3)

La anestesia empleada en nuestro servicio al igual que en otros casos es el bloqueo peridural con 97.77 por ciento, -- solo por falla se requirió completarlo con anestesia general. (3, 7)

En el 54.44 por ciento de las pacientes se realizó salpingoclasia, que supera el 48.41 por ciento reportado por Rodríguez y col. (3)

Encontramos que el sangrado igual o mayor de 700 ml. -- se presentó en 3 pacientes (3.33 por ciento), que correspondieron al grupo de urgencia y que está acorde con lo publicado -- por Ruiz Velasco. (10)

Presentaron complicaciones quirúrgicas transoperatorias 2 pacientes programadas y 2 de urgencia, que corresponde al -- 4.44 por ciento en comparación del 3.2 por ciento reportado -- por Panduro Baron (8), correspondiendo el desgarro de comisura de la histerotomía a dos paciente, un desgarro de mesosalpinx y un hematoma en el angulo de la histerotomía.

La morbilidad infecciosa fue de cero, que contrasta con el 9.3 por ciento de López Ortiz y el 7.8 por ciento de Puente González. (6,7)

Del total de exámenes encontrados, se observo que 16 -- (24.61 por ciento) de las pacientes programadas y 13 (20 por ciento) tuvieron hemoglobina menor de 10 grs./dl. y solo 3.33 por ciento requirieron hemotransfusión, que va acorde con el - 3.49 por ciento de Puente González. (7)

Vale la pena consiganar, que en esta serie no hubo muertes maternas al igual que otros estudios. (3)

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en nuestra investigación señalan que:

1. La operación cesárea de repetición se ha ido incrementando debido a la presencia de una o varias operaciones previas.
2. A pesar de no reconocer en nuestro estudio diferencias significativas en la morbimortalidad de las pacientes postoperadas de cesárea de repetición programadas y de urgencia, - consideramos que solo se debe repetir cuando esta plenamente justificada, empleando la mejor técnica quirúrgica y preparación de la paciente.
3. Afortunadamente, en nuestra serie no se presentaron muertes maternas. Otros estudios dan al método una morbilidad importante, por tal motivo que no se menosprecie el acto aún --- cuando la paciente sea programada y entre en óptimas condiciones.
4. En resumen: La operación cesárea de repetición ya sea programada o de urgencia, es una intervención muy frecuente, - que puede ser iterativa o por cualquier otra causa, que su técnica quirúrgica amerita algunos recursos especiales y --

que bien preparada la paciente y en manos de un especialista experimentado es sencilla y tiene pocas complicaciones - maternas.

5. Por último, debemos espaciar los embarazos de estas pacientes por medio de efectivos programas de planificación familiar, con el propósito de disminuir la morbilidad y evitar que la próxima cirugía sea por período intergénésico corto.

Fig. No. I

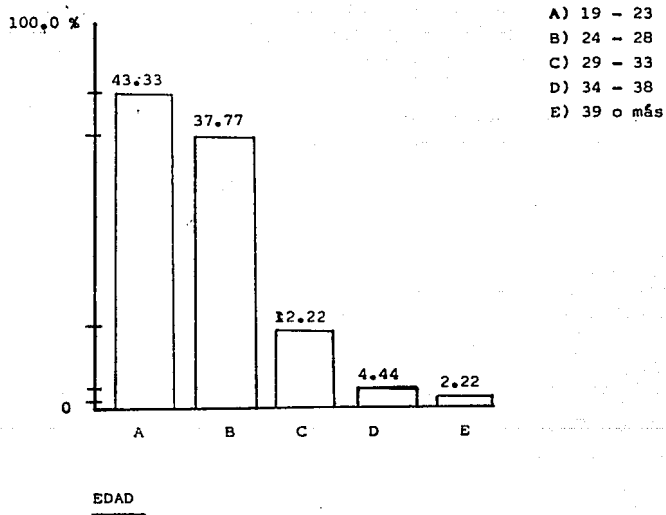


Fig. IV

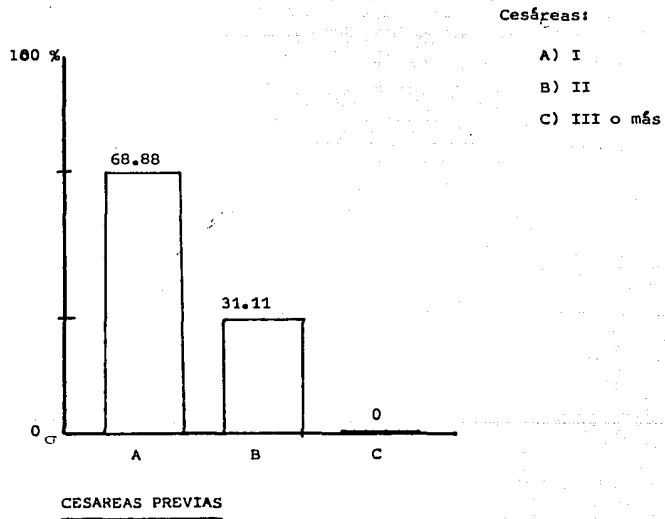
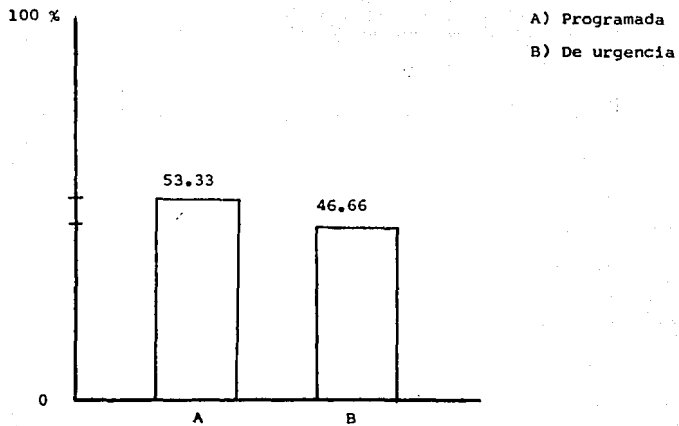


Fig. VI



CARACTERISTICAS DE LA CESAREA

Fig. VII

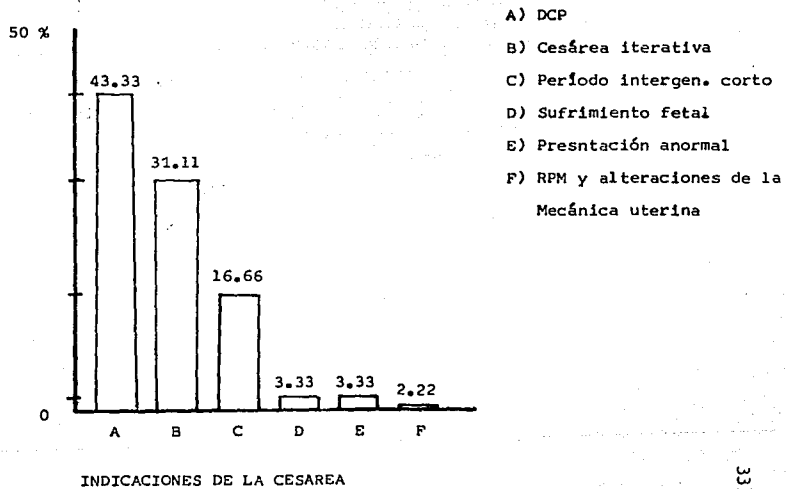
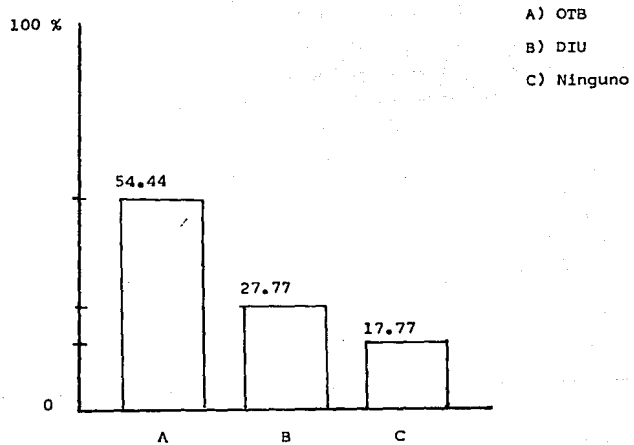


Fig. X



PLANIFICACION FAMILIAR

Fig. XI

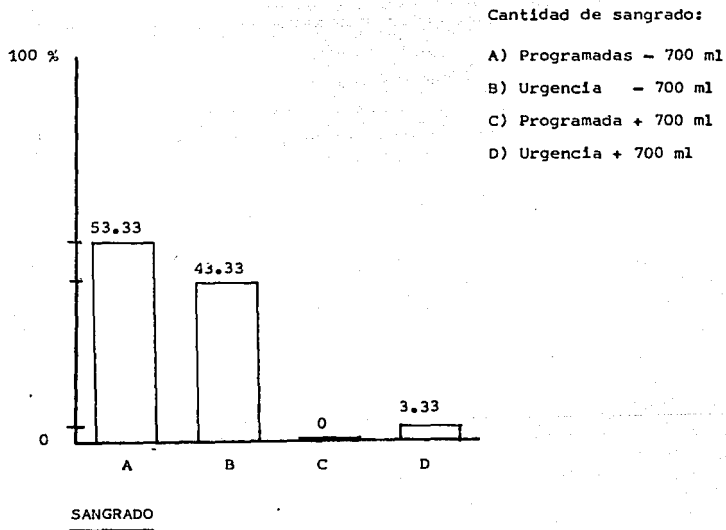
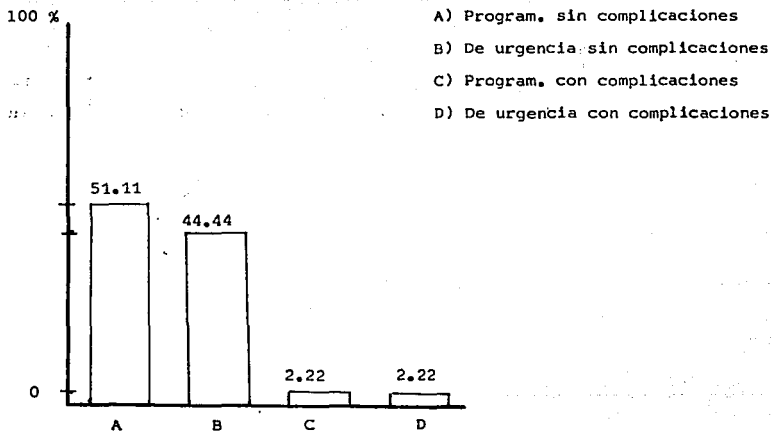
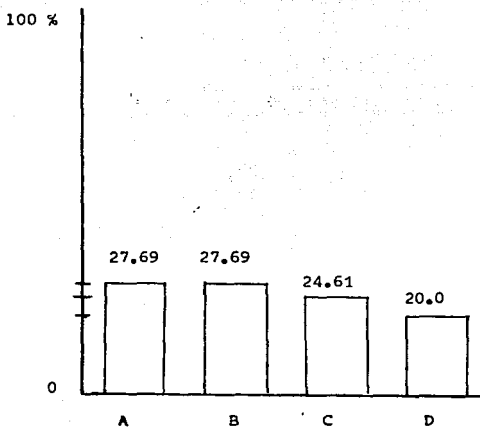


Fig XII



COMPLICACIONES QUIRURGICAS

Fig. XIII



Hemoglobina postoperatoria:

- A) Program. con Hb. + 10 grs/dl
- B) De urgencia con Hb. + 10 grs
- C) Program. con Hb. - 10 grs
- D) De urgencia con Hb. - 10 grs

ANEMIA

BIBLIOGRAFIA:

1. Procedimientos en Obstetricia. HGO LCA. I.M.S.S. 1988.
2. Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. Obstetricia de Williams. Editorial Salvat 1986.
3. Rodríguez RSE y col: Cesárea de repetición. Ginec Obstet -- Mex 1982; 50: 153-55.
4. Leveno KJ: Cesarea section: An answer to the house of horne AM J OBSTET GYNECOL 1985; 153: 838-44.
5. Petitti DB: Mortalidad y morbilidad materna en la cesárea. Clínicas de obstetricia y ginecología de 1980; 2: 959.
6. López OE y col: La operación cesárea en el hospital de Gineco-Obstetricia 3a. del I.M.S.S. Ginec Obstet Mex 1983; 51: 315-20.
7. Puente GH y col: Cesárea electiva. Análisis de 600 casos. - Ginec Obstet Mex 1986; 54: 191-97.
8. Panduro BJB y col: Análisis de 500 cesáreas practicadas por un residente. Ginec Obstet Mex 1988; 56: 149-152.

9. Frigoletto FD: Maternal mortality rate associated with cesárean section an appraisal. AM J OBSTET GYNECOL 1980; 136: -969-70.
10. Ruiz VV y col: La operación cesárea. Editorial la prensa --medica mexicana 1971.
11. Kaser O. Ginecologí y Obstetricia. Tomo II. Editorial Salvat. 2a. reimpresión 1979.
12. García IA y col: Manejo de la paciente obstétrica con antecedentes de una cesárea. Ginec Obstet Mex 1979; 45: 269.