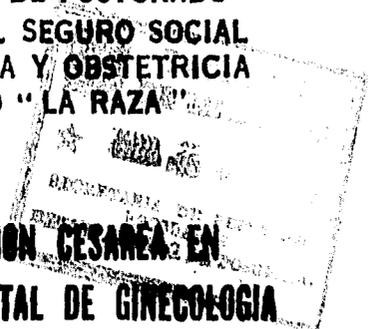


11217
73
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
NO. 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA"



INDICACIONES DE OPERACION CESAREA EN
495 PACIENTES EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA No. 3, CENTRO MEDICO "LA RAZA,"
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
NOEL LEYVA LOPEZ

A S E S O R E S:

DRA. NELLY JUDITH GONZALEZ LOPEZ
DR. MANUEL MARIO MATUTE GONZALEZ
DR. ENRIQUE BECERRA MUÑOZ



MEXICO, D. F.

1996

Manuel Mario Matute Gonzalez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECEPCION DE LA TESIS
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
NO. 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA"

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.

INDICE

	Pág.
Antecedentes Científicos.....	1
Justificación.....	3
Diseño.....	3
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos.....	4
Hipótesis.....	4
Muestra.....	4
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	5
Variables.....	5
Metodología.....	7
Resultados.....	7
Conclusiones.....	13
Referencias Bibliográficas.....	14

Indicaciones de operación Cesárea en 495 pacientes en el Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3, Centro Médico " La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

1. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

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

El nacimiento de un niño mediante un corte a través de la pared abdominal, viene del verbo caedere que significa cortar, y a los fetos extraídos en esta forma se les llama caesones o caesares.

La denominación de operación cesárea es atribuida a Plinio el Viejo, en el libro VII de su historia natural, quien inspiró a Francois Rousset para que en 1581 denominara a esta operación como cesárea. Esta expresión de sección cesárea, constituye un pleonasma ya que secare significa cortar, al igual que caedere. Sin embargo esta doble denominación ha persistido hasta la fecha.

En los primeros 1500 años de la era cristiana, en los Digestos del Emperador Justiniano, siglo VI, está expresada la Ley Regia, que prohibía enterrar a una mujer que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el feto por escisión del abdomen.

De 1500 a 1876: La división artificial de la evolución de la cesárea se debe a dos hechos: al primer éxito de la operación cesárea en mujer viva y dos: a la famosa operación de Porro. En el año de 1581 fue publicada en París la primera monografía acerca de la operación cesárea, bajo el título *Traité Nouveau de L'Hysteromotokie ou Enfantement Caesarien*, por Francois Rousset, en ella ya se señalaban las indicaciones de la operación cesárea, como fetos gigantes y monstruosos, gemelares, malposiciones y estrecheces pélvicas y del canal blando.

De 1876 a nuestros días. El 21 de mayo de 1876 se realizó la primera operación cesárea con histerectomía, subtotal. El tipo de incisión uterina también pasó por muchas vicisitudes, sin embargo, la cesárea segmentaria de Frank se impone, con sus distintas variedades, las longitudinales: Kroning, Opitz, Beck, Michon y las transversales: Kerr, Doerfler, De Rezende.

Con la aparición de los antibióticos, la facilidad de las transfusiones y los avances en la anestesia, prácticamente desapareció la mortalidad de la operación. Esto produjo un aumento de indicaciones para hacer la operación y sobre todo se presentó el problema de la repetición de la operación en una misma paciente.

En México, fue en 1897 cuando se hizo la primera operación cesárea conocida. Se efectuó en el viejo Hospital de la Mejorada, por el Dr. Eduardo Ferréaz.

Fue en 1911 cuando el Dr. Carlos Cázares Pérez, Jefe del servicio de Maternidad del Hospital O'Horan, quien practicó la primera cesárea con éxito, en la que se salvaron madre e hijo.

En 1913, el Dr. Adalberto Lara en su tesis Algunas Consideraciones sobre Operación Cesárea, describía que para la cesárea corporal, que era la única que se llevaba a cabo en nuestro país en ese tiempo, se tenían las siguientes indicaciones; a) deformaciones pélvicas, b) tumores uterinos, c) placenta previa, d) amenaza de ruptura uterina, e) anomalías de la contracción, y f) las causas fetales.

La evolución de la operación cesárea ha sido dolorosa, tuvo tantos sinsabores, pasando a ser de una operación prohibitiva con un 100% de mortalidad, a una operación electiva, efectuada ya tan frecuentemente que amenaza relegar la atención del parto por vía vaginal. (1)

Quizá pocos procedimientos han tenido en la práctica de la obstetricia moderna tanto impacto como el de la cesárea, su incremento en las últimas tres décadas ha sido tan impresionante que se ha convertido en motivo de preocupación tanto para el obstetra como para otros profesionistas, con cuestionamiento no sólo científicos, sino publicitarios, económicos y jurídicos. En 1984, en el Hospital de GinecoObstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala", la frecuencia de operación cesárea fue de 24.2 %. Las indicaciones por orden jerárquico fueron las siguientes: desproporción cefalopélvica, cesárea iterativa, presentación pélvica, toxemia, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas y embarazo prolongado. (2-6)

El índice de cesáreas se incrementó dramáticamente durante los 70's. Reportes muestran 5.7% en 1970 a 17.9% en 1981. En Noruega, la incidencia se elevó de 1,9% en 1967 a 12% en 1986. Las causas más frecuentes de 1967 a 1969 fueron; maternas, mecánicas, placentaria aguda y presentación fetal. De 1982 a 1984 el orden fue; mecánica, presentación fetal y materna. (7-9)

Las indicaciones más frecuentes en las décadas pasadas han sido la desproporción cefalopélvica y la cesárea iterativa. Las indicaciones que han aumentado su frecuencia son : presentación pélvica, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, así como el embarazo con amenorrea prolongada. El porcentaje de cesáreas realizadas en la clínica Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" ISSSTE Colima en el año de 1988 fue de 34.8% Las dos principales causas fueron desproporción cefalopélvica y cesárea previa. (10)

En 1989, en Dinamarca, las indicaciones de cesárea por orden de frecuencia fueron: cesárea previa, presentación pélvica, distocia, sufrimiento fetal y otros, existiendo variaciones regionales de incidencia de cesáreas, incluso en poblaciones con idénticas características; incluyendo embarazos gemelares. (11,12)

Entre 1983 y 1989, en una ciudad de Estados Unidos de Norteamérica, la incidencia de cesárea fue de 17.5% (comparativamente, 6% más que en una ciudad de Irlanda), observándose que el mayor número de pacientes operadas fue de 37 a 41 semanas de gestación. De 1970 a 1981 las cuatro indicaciones más comunes de cesárea fueron: distocia, presentación pélvica, cesárea previa, y sufrimiento fetal, constituyendo el 85% del total. No cabe duda que el incremento en su indicación refleja la preocupación constante del ginecoobstetra de ofrecer un mejor futuro a la madre y su hijo, sustituyendo maniobras vaginales riesgosas, por un procedimiento con un alto índice de seguridad en la actualidad para ambos, sin embargo, el alud de nuevas indicaciones, sin olvidar que no es un procedimiento exento de riesgos, nos obliga al análisis de su evolución en forma periódica y su efecto sobre las cifras de morbimortalidad materna y perinatal, para determinar en el momento actual su lugar dentro de la práctica obstétrica cotidiana. (2,13,14)

2. JUSTIFICACION

La Norma Oficial Mexicana, recomienda que el índice ideal de cesáreas en Hospitales de Tercer Nivel sea de 17%. (15)

En 1995, en el Hospital de GinecoObstetricia No. 3, Centro Médico "La Raza", se registraron 6 906 nacimientos, de los cuales, 4 255, se resolvieron mediante operación cesárea, constituyendo el 60.6%.

Nos interesa conocer las causas de indicaciones de cesárea por edad gestacional para saber si están justificadas, y ver la posibilidad de poder abatir este elevado índice.

3. DISEÑO

Estudio descriptivo, con búsqueda en los expedientes clínicos.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las indicaciones de operación cesárea más frecuentes en el Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 del Centro Médico "La Raza", I.M.S.S.?

5. OBJETIVOS

a) OBJETIVO GENERAL:

Determinar las indicaciones más frecuentes de cesárea en el HGO # 3 CMR. en una muestra del 10% de las cesáreas realizadas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1995.

b) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1- Conocer la frecuencia e indicación de cesárea en embarazos de término y pretérmino.
- 2- Conocer la frecuencia de operación cesárea por preeclampsia-eclampsia considerando la edad gestacional y la presencia de trabajo de parto.
- 3- Conocer la frecuencia de operación cesárea por sufrimiento fetal considerando la edad gestacional y la presencia de trabajo de parto.
- 4- Conocer la frecuencia de operación cesárea por desproporción cefalopélvica considerando la edad gestacional y la presencia de trabajo de parto.
- 5- Conocer la frecuencia de cesáreas por ruptura prematura de membranas considerando la edad gestacional y la presencia de trabajo de parto.

6. Hipótesis General.

La indicación más frecuente de cesárea en el HGO # 3 es la preeclampsia-eclampsia.

a) Hipótesis Específicas.

- 1.- Se realizan más cesáreas en embarazo de término por preeclampsia-eclampsia.
- 2.- Las pacientes con preeclampsia eclampsia son operadas sin trabajo de parto y en embarazos de término.
- 3.- Las pacientes con sufrimiento fetal son operadas en trabajo de parto y en embarazos de término.
- 4.- La desproporción cefalo-pélvica son operadas con trabajo de parto y en embarazos de término.
- 5.- La ruptura de membranas es más frecuente en embarazos de pretérmino y con trabajo de parto.

7. MUESTRA

Se utilizaron números aleatorios para seleccionar una muestra del 10% de las cesáreas en el Hospital de GinecoObstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza", en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 1995.

8. CRITERIOS DE INCLUSION

Diagnóstico preoperatorio de la hoja quirúrgica con la siguiente información:

- a) Edad
- b) Gestas
- c) Partos
- d) Abortos
- e) Cesáreas
- f) Trabajo de parto
- g) Diagnóstico principal de la cesárea
- h) Otros diagnósticos referidos.

9. CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) Hoja quirúrgica con información incompleta
- b) Pacientes operadas en otro Hospital.

10. VARIABLES

a) VARIABLES INDEPENDIENTES:

Ruptura Prematura de Membranas

Definición conceptual: Pérdida de solución de continuidad de las membranas fetales, antes de iniciarse el trabajo de parto.

Definición operacional: Lo anotado en la hoja quirúrgica.

Tipo de variable: Nominal.

Escala de medición: Presente o ausente.

Desproporción cefalo-pélvica.

Definición conceptual: Causa mixta de indicación de operación cesárea, en la cual podemos encontrar una pelvis reducida con producto normal, pelvis normal con producto grande o pelvis reducida y producto grande.

Definición operacional: Lo anotado en la hoja quirúrgica.

Tipo de variable: Nominal.

Escala de medición: Presente o ausente.

Preeclampsia.

Definición conceptual: Según la Norma Técnico Médica para la Prevención y Manejo de la Preeclampsia-eclampsia IMSS 1995; la preeclampsia-eclampsia es un padecimiento que se presenta desde la vigésima semana del embarazo en adelante, durante el parto y el puerperio, caracterizado por hipertensión arterial, proteinuria y edema y en los casos más graves, convulsiones y/o coma. En este último caso la complicación se denomina eclampsia..

Definición operacional: Lo anotado en la hoja quirúrgica

Tipo de variable: Ordinal por leve, moderada y severa, pero lo degradamos a Nominal, considerando moderada, severa y eclampsia como indicación de cesárea; la leve la excluimos por no ser indicación.

Escala de medición: Presente o ausente.

Sufrimiento fetal

Definición conceptual: Designa una situación inespecífica de riesgo fetal que puede o no deberse a la asfixia del producto.

En este rubro se incluyen:

Baja reserva fetal: Incapacidad del feto para tolerar descensos transitorios de la PO₂, en tanto no llegue a cifras críticas entre los 18 y 20 mmHg.

Retraso crecimiento intrauterino: Disminución anormal del crecimiento fetal, con la resultante de un producto que no desarrolla su potencial de crecimiento, lo cual lo sitúa en condiciones de sufrir complicaciones perinatales, inclusive la muerte..

Oligohitramnios: Disminución del líquido amniótico, menor de 250 cc.

Hipomotilidad fetal: disminución en la percepción de los movimientos por parte de la paciente.

Senescencia placentaria: hallazgo ultrasonografía, placenta según la clasificación de Bonilla grado V y de Granum grado IV.

Definición operaciones: Lo anotado en la hoja quirúrgica.

Tipo de variable: Nominal

Escala de medición: Presente o ausente.

11. VARIABLES DEPENDIENTES

a) Nacimiento de pretérmino:

Definición conceptual: Nacimiento del feto de 21 semanas en adelante y hasta antes de que cumpla 37 semanas de gestación.

Definición operacional: Se utilizó la edad gestacional inferior anotada en la hoja quirúrgica.

Tipo de variable: nominal.

Escala de medición: Embarazo con edad gestacional igual o menor a 36 semanas = Embarazo de pretérmino. Embarazo con edad gestacional igual o mayor a 37 semanas = Embarazo de término.

b) Trabajo de parto:

Definición conceptual: Proceso mediante el cual el feto es expulsado del organismo materno a través de las vías genitales correspondiente a un embarazo de 21 semanas o más de gestación; se divide en tres periodos: dilatación y borramiento, expulsión y alumbramiento.

Definición operacional: Si se encuentra referido en la hoja quirúrgica.

Tipo de variable: Nominal

Escala de medición: Presente o ausente (se consideró exclusivamente la primera fase de trabajo de parto.

12. METODOLOGIA

Se eligió una muestra al azar del 10% del total de Cesáreas realizadas del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 1995, aumentando un 20%.

Los expedientes se captaron directamente del Archivo del HGO 3 CM La Raza.

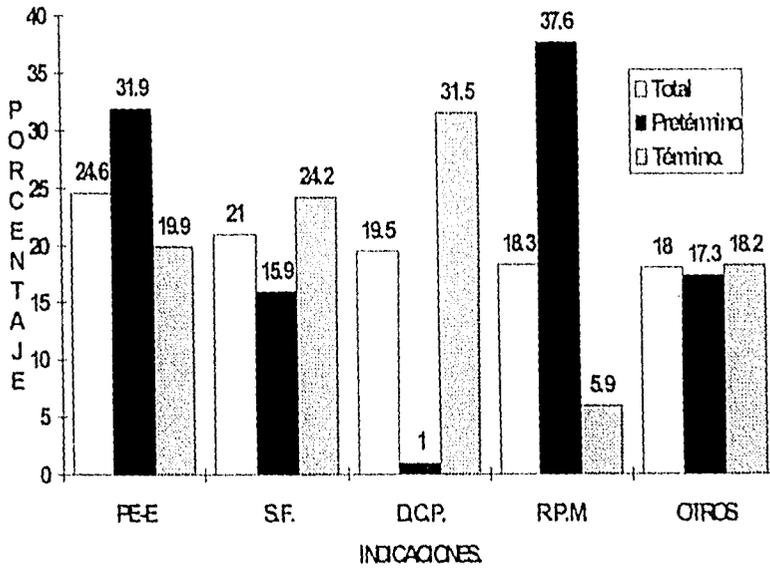
13. RESULTADOS

Se revisaron 510 expedientes elegidos al azar, fueron excluidos 15 por información incompleta en la hoja quirúrgica, analizándose 495 pacientes.

Las indicaciones más frecuentes en las 495 pacientes fueron, preeclampsia-eclampsia, sufrimiento fetal, desproporción cefalo-pélvica y ruptura de membranas.

El 39.1% de las cesáreas se realizó en embarazos de pretérmino con las siguientes indicaciones ruptura de membranas, preeclampsia-eclampsia y sufrimiento fetal en el mayor número de pacientes. En ellas el 8.8% presentaron trabajo de parto. En los embarazos de término se operaron el 60.9% de las pacientes y se encontraron las siguientes causas: desproporción cefalopelvica, sufrimiento fetal, preeclampsia-eclampsia, el 19.3% presentaban trabajo de parto.(Gráfica 1)

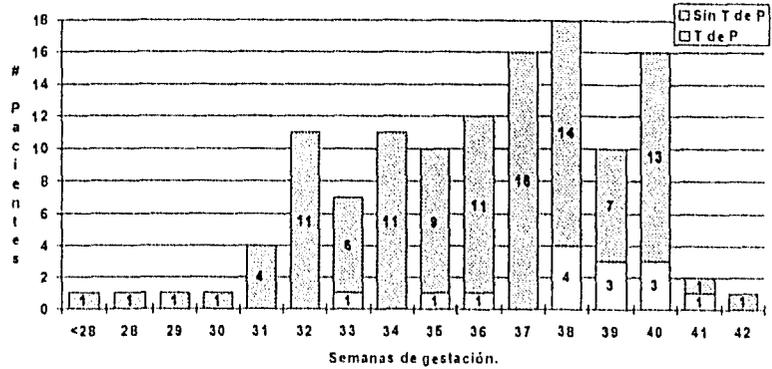
Indicaciones de Cesárea en 495 pacientes, en embarazos de pretérmino y término.



GRAFICA # 1. PE-E= preeclampsia severa y eclampsia, S.F= sufrimiento fetal, D.C.P.= desproporción cefalo-pélvica, R.P.M.= ruptura prematura de membranas.

La preeclampsia-eclampsia fue la indicación de cesárea en 122 pacientes. El 51% se encontró en embarazos de pretérmino y el 49% en embarazo de término. El análisis por semanas de gestación y presencia de trabajo de parto se observa en la Gráfica # 2

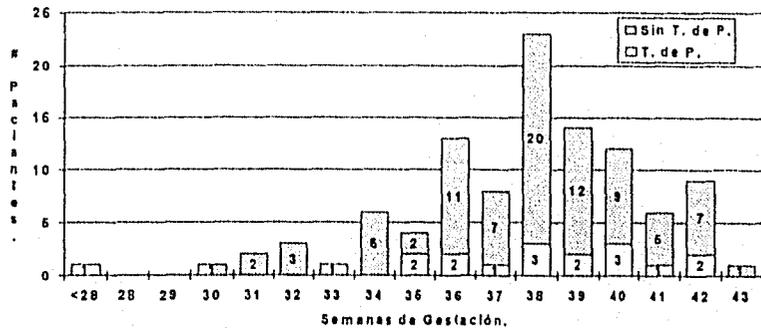
Análisis de 122 Cesáreas indicadas por preeclampsia-eclampsia con y sin trabajo de parto.



Gráfica # 2. T. de P.= Trabajo de parto. Sin T de P= sin trabajo de parto. En esta gráfica se representan el número total de pacientes operadas de Cesárea por preeclampsia severa y eclampsia. En las barras blancas las pacientes con trabajo de parto y en las grises sin trabajo de parto. El total es la suma de ambas barras.

La indicación de operación cesárea por sufrimiento fetal se encuentra en todas las edades gestacionales excepto a las 28 y 29 semanas, encontrándose el mayor porcentaje a las 38 semanas(22.1%). De las 104 pacientes, el 38.4% presentaron trabajo de parto. Gráfica # 3

104 Pacientes operadas por Sufrimiento Fetal, con y sin trabajo de parto.



Gráfica # 3. Sin T. de P.= sin trabajo de parto. T. de P.= trabajo de parto. Se presentan el número total de pacientes operadas por Sufrimiento Fetal considerando la edad gestacional. En las barras blancas el número de pacientes con trabajo de parto, y en las barras grises sin trabajo de parto. El total es la suma de las barras.

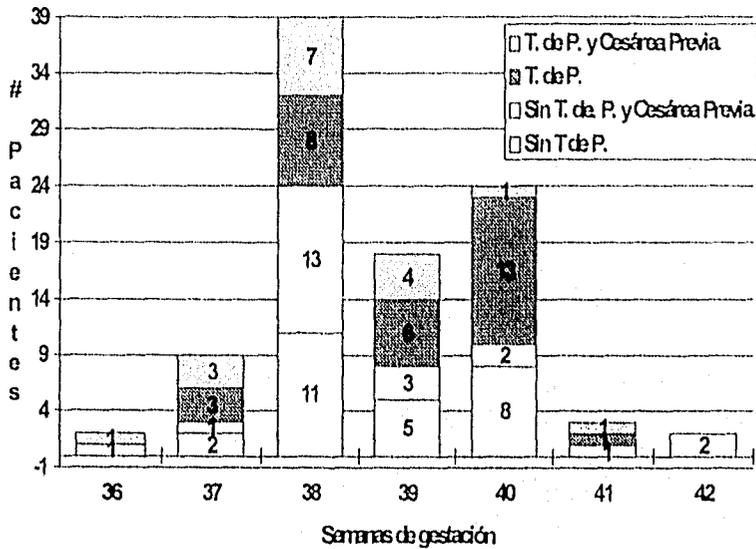
Se operaron 97 pacientes por desproporción cefalo-pélvica. A las 36 semanas las dos pacientes tenían antecedente de cesárea previa, una de las pacientes

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Se operaron 97 pacientes por desproporción cefalo-pélvica. A las 36 semanas las dos pacientes tenían antecedente de cesárea previa, una de las pacientes no tenía trabajo de parto, el producto presentó múltiples malformaciones congénitas e hidrops fetal, condicionando la interrupción del embarazo.

Las pacientes sin trabajo de parto con cesárea previa operadas por DCP en total fueron 20. El mayor número de pacientes programadas a las 38 semanas de gestación tenían el antecedente de cesárea previa. Gráfica # 4

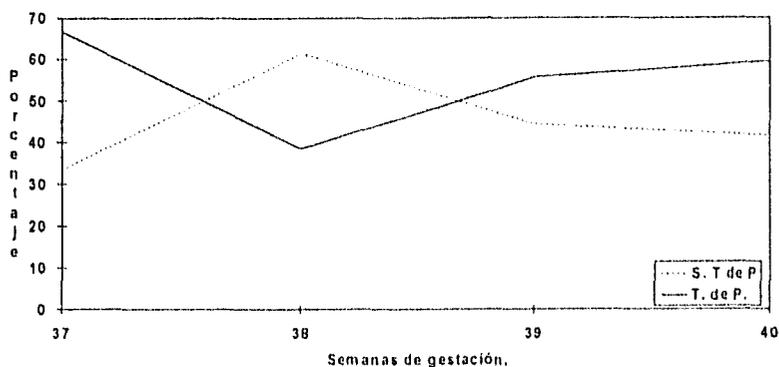
Pacientes operadas por desproporción cefalo-pélvica. Comparación trabajo de parto y Cesárea previa; trabajo de parto, sin trabajo de parto y Cesárea previa; y sin trabajo de parto.



GRAFICA # 4. T de P= Trabajo de parto. Sin T. de P.= Sin trabajo de parto. El total es la suma de las barras.

Considerando que las pacientes sin trabajo de parto son programadas a través de la consulta externa, se observa una tendencia mayor a las 38 semanas, disminuyendo posteriormente. Las cesáreas realizadas con trabajo de parto tienen dos tendencias, a las semanas 37 y 39.

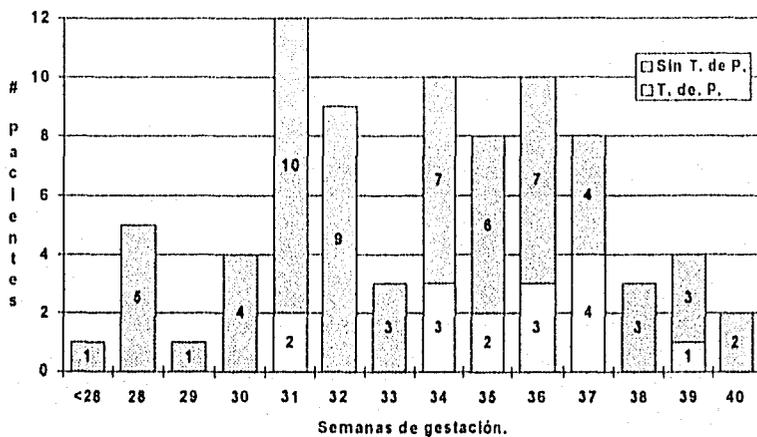
Análisis en Pacientes operadas por D.C.P. considerando la presencia de trabajo de parto.



Gráfica # 5. S. T. de P= sin trabajo de parto. T. de P.= trabajo de parto.

La indicación de cesáreas por ruptura de membranas se observo en embarazos de menos de 28 hasta las 40 semanas de gestación. En embarazos de pretérmino el 15.8% presentaban trabajo de parto, y en los embarazos de término el 5.4%.

Paciente operadas por ruptura de membranas con y sin trabajo de parto.



Gráfica # 6. Sin T. de P= sin trabajo de parto. T. de P.= trabajo de parto. En las columnas en blanco se encuentran el número de pacientes con trabajo de parto. En las columnas con rayas las pacientes sin trabajo de parto. La suma de ambas es el total de pacientes considerando la edad gestacional.

El 18% de las pacientes fueron operadas por diversos diagnósticos, que incluimos bajo del término de otros, que son los siguientes.

Embarazo gemelar, en todos los casos el nacimiento fue de pretérmino. El 87.5% de las pacientes con embarazo gemelar fueron operadas en trabajo de parto, un solo caso fue operado, sin trabajo de parto, en la semana 29 por muerte de uno de los productos.

Las pacientes con anomalías en la placentación se operaron con mayor frecuencia (26.6%) a la semana 36 de la gestación.

El 100% de las pacientes operadas por periodo intergenésico corto en embarazos de pretérmino tenían trabajo de parto avanzado, las pacientes con embarazo de término el 50% tenía trabajo de parto.

Las pacientes operadas con la indicación de cesárea iterativa en embarazo de pretérmino el 100% presentaban trabajo de parto avanzado, en los embarazos de término el 43% presentaron trabajo de parto. Nueve pacientes (52.9%) se operaron a las 38 semanas de gestación y tenían trabajo de parto el 30%.

Fueron operadas 18 pacientes por indicación materna, con la mayor frecuencia a las 38 semanas de gestación. Las tres pacientes operadas con embarazos de pretérmino tenían los siguientes diagnósticos: policontundida y óbito secundario a un accidente de tránsito, pancreatitis aguda que puso en peligro la vida de la paciente (Internada por espacio de 9 días en la UCI y 15 en hospitalización), y el último caso con diagnóstico de Síndrome Nefrótico.

Las pacientes operadas por distocias todas tenían embarazo de término; el 60% presentó trabajo de parto.

Indicación	EMB. DE PRETERMINO		EMB. DE TERMINO	
	N	%	N	%
Embarazo Gemelar	8	100%	0	0
Anomalías Placentación	13	86.6%	2	13.4%
Periodo Intergenésico Corto	4	33.3%	8	66.7%
Presentación Pélvica	4	26.6%	11	73.4%
Cesárea Iterativa	3	17.6%	14	82.4%
Indicaciones Maternas	3	16.6%	15	83.4%
Distocias	0	0	5	100%

TABLA #1. Indicaciones de cesárea menos frecuentes en una muestra de 495 pacientes del HGO # 3. Análisis del nacimiento de pretérmino y término.

14. Conclusiones

En el presente trabajo encontramos como indicación más frecuente de cesárea la preeclampsia-eclampsia al considerar a todas las pacientes. Ángeles, Villalobos y cols reportan en un análisis de 400 casos la indicación más frecuente como desproporción cefalo-pélvica. el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS. Este hospital también es de tercer nivel. Nuestro hallazgos concuerdan con lo reportados por estos autores en los embarazos de término.

En el presente trabajo se encontró un mayor número de cesáreas en embarazos de pretérmino por preeclampsia-eclampsia y es la segunda indicación para la interrupción del embarazo antes de la semana 37.

En el presente estudio el número de pacientes con trabajo de parto y preeclampsia es reducido. Las pocas pacientes que presentaron trabajo de parto tenían embarazos de término y su ingreso fue de urgencia. La paciente que ingresa con preeclampsia severa-eclampsia es atendida en la terapia intensiva de adultos, donde permanece en promedio 6 horas y se interrumpe el embarazo sin permitir que se presente el trabajo de parto. El tratamiento de la preeclampsia severa y eclampsia en el HGO # 3 es la interrupción del embarazo por vía abdominal, cuando no existe trabajo de parto o cuando las condiciones cervicales son desfavorables.

El sufrimiento fetal fue la segunda indicación de cesárea en el total de las pacientes y en los embarazos de término. Ocupó el tercer lugar en los de pretérmino. Si consideramos al sufrimiento fetal agudo cuando existe trabajo de parto, exclusivamente el 3.6% de las pacientes tenían este diagnóstico; desplazando a la indicación de cesárea por sufrimiento fetal a uno de los últimos lugares. En las hojas quirúrgicas se encontró una gran variedad de conceptos intentando definir esta patología. Cuando la indicación de la cesárea no era muy clara se asociaba este diagnóstico para justificar la cirugía. Llegando a un consenso de los parámetros del diagnóstico de Sufrimiento Fetal, se puede abatir el número de cirugías por esta causa.

Observamos una tendencia: Cesárea anterior igual a Cesárea. De las cesáreas programadas por DCP a las 38 semanas más del 50% tenían el antecedente de nacimiento anterior por vía abdominal. En la bibliografía se acepta que el diagnóstico de desproporción cefalo-pélvica se debe de realizar con trabajo de parto, esto no es lo encontrado, se diagnostica desproporción cefalo-pélvica con más frecuencia sin trabajo de parto.

La indicación de cesárea por ruptura de membranas en los embarazos de pretérmino esta justificada para algunos autores para evitar un parto traumático a un producto lábil a la hipoxia y a la hemorragia cerebral. Los resultados apoyan estos

conceptos, menos del 15% de las pacientes con RPM tuvieron trabajo de parto en embarazos de pretérmino. Sin embargo en los embarazo de término la bibliografía reporta que del 85 al 90% de las pacientes presentan trabajo de parto después de 24 horas y el nacimiento es por vía vaginal en el 70% de las pacientes. Los resultados nos indican que la RPM en los embarazos de término se interrumpe por vía abdominal. Es una indicación susceptible de ser abatida normando las conducta en forma adecuada.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ruiz Velasco "La Operación Cesárea". Editorial Prensa Mexicana 1971.
2. Amirikia H, Zarewych B, Evans TN Cesarean Section . A 15 years review af changing incidence, indications and risks. Am J Obstet Gynecol 1981; 140:81-90.
3. Bottoms SF, Rosen MG, Sokol RJ. The increase in the cesarean birth rate. New Engl J Med 1980; 302:559-662.
4. Chávez AJ , Soberón AJ, Castelazo AL. Operación Cesárea y mortalidad Materna. Ginec Obstet Mex 1967; 22:163-172.
5. Karchmer JS, Vargas LE, Arao MM, Ramírez SE. Operación cesárea Análisis de 1000 casos. E Fac Med 1966;8:239-248.
6. Angeles WC, Villalobos RM, Valdés MJ, Castro CF, Chávez AJ. Estado actual de la cesárea en el Hospital de GinecoObstetricia "Luis Castelazo Ayala ". Ginec Obstet Mex 1986;67-71.
7. Shiono PH, McNellis D, Rhoads GG. Reasons for the rising cesarean delivery rates . 1978-1984. Obstet Gynecol 1987;69:696-700.
8. Notzon FC, Planceck PJ, Taffel SM. Comparison of cesarean section rates. New Engl Med 1987;316:386-9.
9. Borten I, Lossius P, Skjaerven R, Bergsjø P. Changes in Frequency and Indications for cesarean Section in Norway: 1967-1984. A Obstet Gynecol Scand 68:589-593., 1989.
10. Uribarren BO y cols. Cesárea: Su frecuencia e indicaciones. Ginec Obst Mex 1993;168-170.
11. Sperling J, Brink HT, Ulrichsen H, et al. Indications for cesarean section rates. Acta Obstet Scand 1994;129-135.
12. Henriksen T, Sperling L, Hedegaard M, et al. Cesarean section en twin pregnancies in two Danish counties with different cesarean section rates. Acta Obstet Gynecol Scand 1994;123-128.
13. Ify L, Apuzzio J, Mitra S, Evans H, Ganesh V. Rates of cesarean section and perinatal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand 1994;225-230.
14. Gilstrap III, MD, Hauth, MD, Toussaint, RN. Obstet Gynecol 1984;63:205-208.
15. Norma Oficial Mexicana; 1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y perperio.