



11217
126
2 ej

**Universidad Nacional Autónoma
de México**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL
"GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO"
PUEBLA, PUE.**

**MORBIMORTALIDAD MATERNA
Y PERINATAL EN CESAREA
PROGRAMADA Y DE URGENCIA**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dr. Héctor Pedro Gabriel Pérez Terrón



PUEBLA, PUE.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1998
258990.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

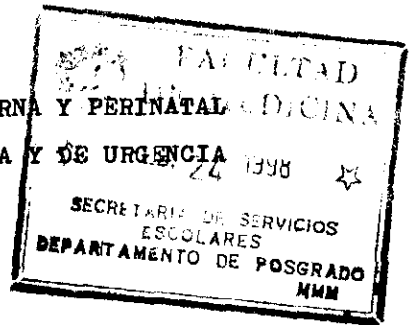
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL GENERAL REGIONAL # 36

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER
LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL MEDICINA
EN CESAREA PROGRAMADA Y DE URGENCIA



AUTOR: DR. HECTOR PEDRO GABRIEL PEREZ TERRON

ASESOR: DR. JUAN MANUEL MARAÑON BARRANCO
JEFE DE DIVISION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.



DELEG. ESTATAL EN PUEBLA
C.M.N. MANUEL AVILA CAMACHO

★ FEB. 27 1995 ★

Hosp Gral. Regional No 36
JEFATURA DE DIVISION
DE GINECOOBSTETRICIA

1992-1995

A JOSEFINA, MI ESPOSA

Por alentarme siempre
a superarme, y en los
momentos difíciles
ayudarme a retomar
el camino hacia la meta.

A HECTOR Y ELIZABETH, MIS HIJOS

Que sintieron mi ausencia
cuando me necesitaron y
con sus gestos y caricias
reconfortaron mi esfuerzo,

A PEDRO Y ANGELINA, MIS PADRES

Quienes desde mi adolescencia
me enseñaron los valores y el
espíritu de lucha, a tener con
fianza y a no claudicar jamás.

A JORGE, ROCIO Y ELENA, MIS HERMANOS

Por su apoyo y confianza
a seguir siempre al frente
con dignidad en el estudio

AL DR. JUAN MANUEL MARAÑON BARRANCO

Por su asesoría en esta tesis
surgida de la necesidad de conocer
lo que sucede en nuestro hospital.

AL DR. RICARDO CORTES CHAVEZ

Por su tiempo para la
investigación científica

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS

Por su sabiduría y el interés
por la formación académica
Por los momentos que compartimos
a través de los años.

SIN

INDICE

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La operación cesárea ó parto por cesárea es una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la uterina. (1,2)

La cesárea ha aumentado en la mayoría de los países y servicios obstétricos pero son muy variables y oscilan entre un 4 a un 25% (2), en Estados Unidos es más de un 15%

La mayoría de las cesáreas están indicadas por distocia, cesárea previa, presentación podálica, sufrimiento fetal y otras indicaciones; por englobarlas en grandes grupos y en ésta último con sus particularidades

Otra clasificación sería en cuanto a 1) las indicaciones electivas durante el embarazo o al inicio del parto, 2) las indicaciones urgentes durante el embarazo o parto y 3) las indicaciones en el curso del parto.

La mortalidad materna por cesárea no debe superar el 1 por 1000, Frigoleto y cols. en 1980 informaron cero mortalidad materna sobre 10,231 casos. (1,2, 3).

Las causas más frecuentes de mortalidad materna son el embolismo, cardiomiopatías, complicaciones anestésicas, síndrome de diestress respiratorio del adulto y resientemente el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (4,5).

Las causas más frecuentes de morbilidad materna continuan siendo las infecciones, hemorragias y las lesiones del tracto urinario.(1,6).

La mortalidad perinatal ha disminuido con el aumento considerable de las cesáreas efectuadas principalmente en los países occidentales en relación al parto vaginal, aunque algunos autores con Odriscoll y Foley demostraron que no había diferencia entre cesárea y parto vaginal siempre y cuando la primera tuviera una indicación precisa y fundamentada. Para reducir el riesgo hay que ser meticulosos todo el equipo de salud involucrado y de esta manera produce grandes beneficios.(10)

La morbilidad fetal disminuyó dramáticamente gracias a la cesárea en algunas presentaciones podálicas, posición transversa y placenta previa.

Haines y cols. reportan un aumento en la operación cesárea en cuanto a mujeres añosas y en madres jóvenes menores de 17 años, encontraron que la edad de la madre no tiene efecto en la incidencia de diestress fetal, Apgar - y el desarrollo de enfermedad respiratoria.(3).

En cuanto a la mortalidad perinatal Malik encontro 40X1000 nac. en relación directa a madres con inadecuado control prenatal y/o mala historia clínica. En tanto que en Nigeria se reporta una mortalidad de 235 por 1000 esto en relación al status y la posibilidad de un servicio obstétrico de acuerdo a sus ingresos económicos.(5,8).

La prematuridad es la primera causa de mortalidad perinatal. En Finlandia Erkkola y cols. reportan que el 1% de los bebés nacidos antes de las 32 semanas y el 0.9% con peso menor de 1500 grs. mueren. (4) El síndrome de distress respiratorio es una de las complicaciones de la prematuridad que los llevan hacia la muerte hasta en un 11.2%, displasia broncopulmonar 19.7% y la hemorragia cerebral en un 32% en infantes con peso menor a 1000 grs. (4).

El control prenatal adecuado y una historia obstétrica reducen en grado importante la morbilidad materna y perinatal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mucho se ha escrito acerca de la operación cesárea y en nuestro hospital ocupa un porcentaje importante ya que es un centro de concentración que brinda la mejor atención para el bienestar del binomio madre hijo.

Existe la inquietud por conocer la morbimortalidad materna y perinatal en cesáreas programadas, ya que es de esperarse que por sí solo el hecho constituye una garantía para el bienestar materno y fetal, puesto que se encuentra con todas las ventajas en relación a una operación cesárea a través de un servicio de urgencia.

El control prenatal es punto clave para una evaluación certera puesto que la continuidad del mismo nos permite un panorama amplia de los sucesos que se presentan durante la evolución de la gestación y que nos permite definir el momento de la interrupción del embarazo.

Otras ventajas de una cesárea programada es que la familia puede organizarse mientras la madre se encuentra hospitalizada, así como el equipo de salud que se involucra desde el momento de su ingreso, hasta causar alta que es el óptimo incluyendo desde la hospitalización misma el equipo quirúrgico el tipo de anestesia, la reanimación del recién nacido y el cuidado del mismo así como la recuperación postoperatoria inmediata y mediata.

Por último debemos reconocer que la prematuridad yatrogénica por la finalización electiva del embarazo es un problema importante en algunos centros hospitalarios.

O B J E T I V O

Valorar la utilidad de la cesárea programada en la morbimortalidad materna y perinatal en comparación con la cesárea de urgencia.

H I P O T E S I S

La cesárea programada disminuye la morbimortalidad materna y perinatal en relación a la cesárea de urgencia.

O B J E T I V O

Valorar la utilidad de la cesárea programada en la morbilidad materna y perinatal en comparación con la cesárea de urgencia.

H I P O T E S I S

La cesárea programada disminuye la morbilidad materna y perinatal en relación a la cesárea de urgencia.

**TOTAL DE CESAREAS PROGRAMADAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL # 36 INSS CMN "MAC" POR EDAD**

| EDAD | NUMERO |
|--------------|---------------|
| 17 | 2 |
| 18 | 1 |
| 19 | 3 |
| 20 | 2 |
| 21 | 7 |
| 22 | 5 |
| 23 | 11 |
| 24 | 7 |
| 25 | 7 |
| 26 | 8 |
| 27 | 11 |
| 28 | 9 |
| 29 | 3 |
| 30 | 6 |
| 31 | 7 |
| 32 | 2 |
| 33 | 5 |
| 34 | 2 |
| 35 | 4 |
| 36 | 6 |
| 37 | 3 |
| 38 | 2 |
| 39 | 1 |
| 41 | 1 |
| 43 | 1 |
| TOTAL | 116 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

**TOTAL DE GESTACIONES EN CESAREAS PROGRAMADAS REALIZADAS
EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL # 36 INSS CMN "MAC**

| TIPOS DE GESTACION PREVIA | NUMERO DE CESAREAS |
|---------------------------|--------------------|
| G-I | 6 |
| G-2, A-1 | 1 |
| G-2, C-1 | 43 |
| G-2, P-1 | 3 |
| G-3, P-2 | 1 |
| G-3, C-2 | 36 |
| G-3, P-1, C-1 | 6 |
| G-3, C-1, A-1 | 3 |
| G-4, A-3 | 1 |
| G-4, P-1, C-2 | 1 |
| G-4, C-2, A-1 | 7 |
| G-4, C-1, A-2 | 1 |
| G-4, P-1, A-1, C-1 | 1 |
| G-4, C-3 | 3 |
| G-5, C-2, A-2 | 2 |
| G-5, P-2, A-1, C-1 | 1 |
| TOTAL | 116 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

**INDICACIONES DE CESAREAS PROGRAMADAS REALIZADAS EN EL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL # 36 INSS CMN "MAC"**

| INDICACION | NUMERO |
|----------------------------------|------------|
| CESAREA PREVIA RECIENTE | 36 |
| 2 CESAREAS PREVIAS | 44 |
| CESAREA PREVIA NO RECIENTE + DCP | 20 |
| DCP | 2 |
| 3 CESAREAS PREVIAS | 3 |
| PRESENTACION PELVICA | 1 |
| ALTO RIESGO AÑOSA | 3 |
| ALTO RIESGO POR OBITO | 2 |
| PRODUCTO VALIOSO | 1 |
| MIOMECTOMIA PREVIA | 1 |
| INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA | 1 |
| INSUFICIENCIA PLACENTARIA | 1 |
| EMBARAZO GEMELAR | 1 |
| TOTAL | 116 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

DIAGNOSTICO POR ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA EN CESAREAS PROGRAMADAS
EN PACIENTES CON AMENORREA TIPO II EN EL HOSPITAL REGIONAL # 36
IMSS CMN "MAC"

| SEMANAS DE GESTACION | NUMERO PACIENTES |
|----------------------|------------------|
| 35 | 1 |
| 38 | 2 |
| 39 | 2 |
| 40 | 1 |
| TOTAL | 6 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

EQUIPO MEDICO QUE REALIZO CESAREAS IROGRAMADAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS CMN "MAC"

| EQUIPO | NUMERO |
|--------|--------|
| MB/R3 | 11 |
| MB/R2 | 13 |
| MB/MIP | 4 |
| R3/R3 | 18 |
| R3/R2 | 68 |
| R3/MIP | 3 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

TOTAL DE PACIENTES RECIEN NACIDOS POR SEXO EN CESAREAS
PROGRAMADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS CMN "MAC"

| SEXO | NUMERO |
|-----------|------------------|
| MASCULINO | 53 |
| FEMENINO | 64 |
| TOTAL | 117 ⁺ |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

+ UN EMB. GEMELAR.

HALLAZGOS EN CESAREA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL REGIONAL
36 IMSS CMN "MAC"

| HALLAZGOS | NUMERO |
|-----------------------|--------|
| MIOMA | 2 |
| MULTIPLES ADHERENCIAS | 8 |
| INMINENCIA DE RUPTURA | 2 |
| TOTAL | 12 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

TOTAL DE PESO EN RECIEN NACIDOS POR GRUPOS EN CESAREAS PROGRAMADAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS CMN "MAC

| PESO | NUMERO |
|------------------------|--------|
| 0.100 A MENOS DE 0.500 | 5 |
| 0.500 A MENOS DE 1.000 | 38 |
| 1.000 A MENOS DE 1.500 | 52 |
| 1.500 A MENOS DE 2.000 | 20 |
| 2.000 A MENOS DE 2.500 | 1 |
| 2.500 A MENOS DE 3.000 | 1 |
| TOTAL | 117 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

**CALIFICACION DE APGAR EN RECIEN NACIDOS POR CESAREA PROGRA
MADA EN EL HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS CMN "MAC"**

| APGAR | NUMERO |
|--------------|---------------|
| 5 - 7 | 2 |
| 7 - 5 | 1 |
| 7 - 7 | 1 |
| 7 - 8 | 4 |
| 7 - 9 | 3 |
| 8 - 6 | 1 |
| 8 - 8 | 1 |
| 8 - 9 | 94 |
| 9 - 9 | 9 |
| 6 - 9 | 1 |
| TOTAL | 117 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

ASPECTO MACROSCOPICO DEL LIQUIDO AMNIOTICO EN CESAREAS PROGRAMADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS CMN "MAC"

| ASPECTO | NUMERO |
|---------------|--------|
| NO MENCIONADO | 3 |
| MECONIAL | 5 |
| CLARO | 108 |
| AUSENTE | 1 |
| TOTAL | 117 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

TIPOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD EN CESAREAS PROGRAMADAS
EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL # 36 IMSS CMN "MAC"

| TIPO | : | NUMERO |
|----------------------------|---|--------|
| SIN CONTROL | | 11 |
| DISPOSITIVO INTRAUTERINO | | 40 |
| OCLUSION TUBARIA BILATERAL | | 65 |
| TOTAL | | 116 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

SEMANAS DE GESTACION POR CAPURRO EN RECIEN NACIDOS POR CE
SAREA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS CMN
"MAC"

| SEMANAS | NUMERO |
|---------|--------|
| 36 | 6 |
| 37 | 5 |
| 38 | 33 |
| 39 | 33 |
| 40 | 38 |
| 41 | 2 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

MORBILIDAD PERINATAL POR SEXO EN CESAREA PROGRAMADA EN EL
HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS CMN "MAC"

| SEXO | NUMERO |
|-----------|--------|
| MASCULINO | 6 |
| FEMENINO | 3 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

MORBILIDAD PERINATAL Y TIPO DE AMENORREA EN CESAREA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL # 36 IMSS CEN "MAC"

| TIPO | NUMERO |
|------|--------|
| I | 6 |
| II | 3 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

MORBILIDAD PERINATAL
EDAD GESTACIONAL EN RECIEN NACIDOS POR CESAREA PROGRAMADA
EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"

| | | | | | | | |
|--------|------|---|---|---------|----|---|---|
| P.U.M. | 38.4 | = | 1 | CAPURRO | 35 | = | 1 |
| | 38.5 | = | 1 | | 36 | = | 2 |
| | 39.4 | = | 1 | | 37 | = | 2 |
| | 39.6 | = | 1 | | 38 | = | 2 |
| | 40.4 | = | 1 | | 40 | = | 2 |
| | 41 | = | 1 | | | | |
| U.S.G. | 35 | = | 1 | | | | |
| | 38 | = | 1 | | | | |
| | 39 | = | 1 | | | | |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

MORBILIDAD PERINATAL

DIAGNOSTICO GESTACIONAL AL INGRESO A NEONATOLOGIA DE RECIEN
NACIDOS EN CESAREA PROGRAMADA HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS
GMN "MAC"

| DIAGNOSTICO | NUMERO |
|-------------|--------|
| PRETERMINO | 6 |
| TERMINO | 3 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

MORBILIDAD PERINATAL

DIAGNOSTICO DE INGRESO A NEONATOLOGIA DE RECIEN NACIDOS EN
CESAREA PROGRAMADA HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS CMN "MAC"

| DIAGNOSTICO | NUMERO |
|------------------------|--------|
| S.D.R. I | 5 |
| T.T.R.N. | 2 |
| S. ASPIRACION L.A. | 2 |
| PROB. S. ADAPTACION P. | 3 |
| S.D.R. II | 1 |
| RN MACROSOMICO | 1 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

MORBILIDAD PERINATAL

DIAGNOSTICO DE EGRESO DE NEONATOLOGIA DE RECIEN NACIDOS EN
CESAREA PROGRAMADA HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS CMN "MAC"

| DIAGNOSTICO | NUMERO |
|------------------------------------|--------|
| S.D.R. I REMITIDO | 3 |
| S. ASPIRACION L.A. REMITIDO | 2 |
| S. ADAPTACION PULMONAR REMITIDO | 2 |
| ICTERICIA MULTIFACTORIAL | 1 |
| T.T.R.N. RESUELTA | 1 |
| HIPOCALCEMIA SINTOMATICA CORREGIDA | 1 |
| INCOMPATIBILIDAD A GRUPO | 1 |
| S.D.R. II REMITIDO | 1 |
| I.C.C. REMITIDA | 1 |
| HIPONATREMIA CORREGIDA | 1 |
| NEUMONIA CORREGIDA | 1 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

MORBILIDAD PERINATAL

ESTANCIA EN NEONATOLOGIA DE RECIEN NACIDOS OBTENIDOS EN CE
SAREA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL REGIONAL # 36 IMSS CMN MAC

| DIAS | NUMERO |
|------|--------|
| 2 | 1 |
| 3 | 2 |
| 6 | 1 |
| 9 | 3 |
| 10 | 1 |
| 15 | 1 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

**TOTAL DE CESAREAS DE URGENCIA REALIZADAS EN EL
H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC" POR GRUPOS DE EDAD**

| EDAD EN AÑOS | NUMERO |
|---------------------|---------------|
| 15 O MENOS | 1 |
| 16 a 20 | 19 |
| 21 a 24 | 35 |
| 25 a 29 | 26 |
| 30 a 34 | 12 |
| 35 a 39 | 6 |
| 40 a 44 | 1 |
| TOTAL | 100 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TOTAL DE GESTACIONES EN CESAREAS DE URGENCIA REALIZADAS EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"

| TIPOS DE GESTACION PREVIA | NUMERO DE CESAREAS |
|---------------------------|--------------------|
| G-I | 41 |
| G-2, P-1 | 8 |
| G-2, C-1 | 22 |
| G-2, A-1 | 4 |
| G-3, P-1, A-1 | 2 |
| G-3, P-2 | 2 |
| G-3, A-2 | 3 |
| G-3, C-2 | 5 |
| G-3, P-1, C-1 | 1 |
| G-3, A-1, C-1 | 3 |
| G-4, P-3 | 3 |
| G-4, P-2, A-1 | 1 |
| G-4, P-2, C-1 | 1 |
| G-4, A-1, C-2 | 1 |
| G-5, A-3, C-1 | 2 |
| G-7, P-5, A-1 | 1 |
| TOTAL | 100 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

SEMANAS DE GESTACION POR CAPURRO EN RECIEN NACIDOS
POR CESAREA DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN
"MAC"

| SEMANAS | NUMERO |
|---------|--------|
| 36 | 3 |
| 37 | 8 |
| 38 | 19 |
| 39 | 16 |
| 40 | 36 |
| 41 | 13 |
| 42 | 7 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

PACIENTES CON PERIODO INTERGENESICO CORTO POR CESAREA
EN CESAREA DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN
"MAC"

| MESES | NUMERO |
|-------|--------|
| 10 | 1 |
| 12 | 1 |
| 13 | 1 |
| 14 | 2 |
| 15 | 1 |
| 16 | 1 |
| 18 | 3 |
| 24 | 1 |
| TOTAL | 11 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN
CESAREA DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN
"MAC"

| HORAS | NUMERO |
|---------|--------|
| 6 A 12 | 4 |
| 13 A 24 | 6 |
| 25 A 30 | 3 |
| . | |
| . | |
| . | |
| 49 A 54 | 1 |
| TOTAL | 14 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

EQUIPO MEDICO QUE REALIZO CESAREAS DE URGENCIA EN EL
H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"

| EQUIPO | NUMERO |
|---------|--------|
| MB/R3 | 9 |
| MB/R2 | 18 |
| MB/MIP | 7 |
| R3/MB | 1 |
| R3/R2 | 29 |
| R3/R1MP | 4 |
| R3/MIP | 18 |
| R2/MB | 4 |
| R2/R3 | 8 |
| R2/R2 | 4 |
| TOTAL | 100 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

**TOTAL DE PACIENTES RECIEN NACIDOS POR SEXO EN CESAREAS
DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"**

| SEXO | NUMERO |
|------------------|---------------|
| MASCULINO | 50 |
| FEMENINO | 52 |
| TOTAL | 102 |

**FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
+ DOS EMB. GEMELARES.**

HALLAZGOS EN CESAREA DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36
IMSS CMN "MAC"

| HALLAZGOS | NUMERO |
|------------------------------|--------|
| PLACENTA MUY CALCIFICADA | 7 |
| CIRCULAR AL CUELLO | 9 |
| CIRCULAR DOBLE AL CUELLO | 1 |
| CIRCULAR TRIPLE AL CUELLO | 2 |
| CAVIDAD UTERINA HIPERTERMICA | 8 |
| MULTIPLES ADHERENCIAS | 5 |
| MIOMATOSIS | 3 |
| OVARIO AUSENTE | 2 |
| PRODUCTO MACERADO | 2 |
| PRODUCTO MULTIMALFORMADO | 1 |
| PRODUCTO POST MADURO | 1 |
| QUISTE PARATUBARIO | 1 |
| AMNIOITIS | 1 |
| SEGMENTO MUY ADELGAZADO | 1 |
| BREVEDAD DE CORDON | 1 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

**TOTAL DE PESO EN RECIEN NACIDOS POR GRUPOS EN CESAREAS
DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"**

| PESO | NUMERO |
|------------------------|---------------|
| 2.000 A MENOS DE 2.500 | 8 |
| 2.500 A MENOS DE 3.000 | 34 |
| 3.000 A MENOS DE 3.500 | 41 |
| 3.500 A MENOS DE 4.000 | 19 |
| TOTAL | 102 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

**CALIFICACION DE APGAR EN RECIEN NACIDOS POR CESAREA
DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"**

| APGAR | NUMERO |
|--------------|---------------|
| 0/0 | 3 |
| 2/2 | 1 |
| 4/5 | 1 |
| 5/7 | 1 |
| 6/6 | 1 |
| 6/8 | 1 |
| 7/8 | 14 |
| 7/9 | 10 |
| 8/8 | 1 |
| 8/9 | 43 |
| 9/9 | 26 |
| TOTAL | 102 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

**ASPECTO MACROSCOPICO DEL LIQUIDO AMNIOTICO EN CESAREAS
DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"**

| ASPECTO | NUMERO |
|----------------------|---------------|
| NO MENCIONADO | 46 |
| MECONIAL | 13 |
| CLARO | 37 |
| AUSENTE | 4 |
| TOTAL | 100 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

TIPOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD EN CESAREAS
DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"

| TIPO | NUMERO |
|-----------------------------|--------|
| SIN CONTROL | 42 |
| DISPOSITIVO INTRAUTERINO | 32 |
| OCCLUSION TUBARIA BILATERAL | 26 |
| TOTAL | 100 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

**DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON CESAREA
DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"**

| DIAS | NUMERO |
|-------------|---------------|
| 2 | 3 |
| 3 | 71 |
| 4 | 12 |
| 5 | 6 |
| 7 | 4 |
| 12 | 2 |
| 15 | 1 |
| 21 | 1 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

MORBILIDAD PERINATAL POR SEXO EN CESAREA DE URGENCIA
EN EL H.G.R. # 36IMSS CMN "MAC"

| SEXO | NUMERO |
|-----------|--------|
| MASCULINO | 8 |
| FEMENINO | 8 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

MORBIMORTALIDAD PERINATAL

**CAUSAS DE EGRESO DE NEONATOLOGIA DE RECIEN NACIDOS
EN CESAREA DE URGENCIA DEL H.G.R. # 36 IMSS CMN
"MAC"**

| CAUSA | NUMERO |
|------------------|---------------|
| ALTA | 14 |
| TRASLADO | 1 |
| DEFUNCION | 1 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

MORTALIDAD PERINATAL EN CESAREA DE URGENCIA EN EL
H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"

| SEXO | NUMERO |
|-----------|--------|
| MASCULINO | 1 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

MORBILIDAD PERINATAL

**DIAGNOSTICO GESTACIONAL AL INGRESO A NEONATOLOGIA
DE RECIEN NACIDOS EN CESAREA DE URGENCIA EN EL
H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"**

| DIAGNOSTICO | NUMERO |
|---------------------|---------------|
| PRETERMINO | 3 |
| TERMINO | 12 |
| POST-TERMINO | 1 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

**ESTE DOCUMENTO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

MORBILIDAD PERINATAL

DIAGNOSTICO DE INGRESO A NEONATOLOGIA DE RECIEN NACIDOS
EN CESAREA DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"

| DIAGNOSTICO | NUMERO |
|-------------------------------|--------|
| T.T.R.N. | 3 |
| HIPOXIA MODERADA | 1 |
| POTENCIALMENTE INPECTADO | 2 |
| S. ADAPTACION PULMONAR | 6 |
| HIDROCEFALIA | 1 |
| ASFIXIA MODERADA | 1 |
| ENCEF. HIPOXICO ISQUEMICA G-I | 1 |
| S.D.R. I | 1 |
| DESC. S.D.R. II | 1 |
| DESC. HIDROCEFALIA | 1 |
| HIPOGLICEMIA SINTOMATICA | 3 |
| S. ASPIRACION MECONIO | 1 |
| P. DESEQUILIBRIO A - B | 1 |
| HIPOGLICEMIA ASINTOMATICA | 1 |
| PETOPATIA DIABETICA | 1 |
| DESC. HIPOCALCEMIA | 1 |
| OBST. INTESTINAL | 1 |
| MULTIMALFORMADO | 1 |
| CRIPTORQUIDEA IZQ. | 1 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

MORBILIDAD PERINATAL

DIAGNOSTICO DE EGRESO DE NEONATOLOGIA DE RECIEN NACIDOS
EN CESAREA DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"

| DIAGNOSTICO | NUMERO |
|-------------------------------------|--------|
| HIPOXIA MODERADA REMITIDA | 2 |
| T.T.R.N. REMITIDA | 3 |
| INCOMPATIBILIDAD A GRUPO | 1 |
| ICTERICIA EN REMISION | 1 |
| S. ADAPTACION PULMONAR REMITIDO | 6 |
| TRASLADO 3er. NIVEL | 1 |
| HIDROCEFALIA | 1 |
| MONILIASIS BUCAL EN REMISION | 1 |
| HIDROCEFALIA DESCARTADA | 1 |
| HIPOGLICEMIA SINTOMATICA CORREGIDA | 3 |
| ENCEF. HIPOXICO ISQUEMICA | 1 |
| ASFIXIA SEVERA RECUPERADA | 1 |
| S. ASPIRACION MECONIO | 1 |
| T.T.R.N. DESCARTADA | 1 |
| HIPOGLUCEMIA ASINTOMATICA CORREGIDA | 1 |
| HIPOCALCEMIA CORREGIDA | 1 |
| FETOPATIA DIABETICA | 1 |
| OBST. INTESTINAL REMITIDA | 1 |
| MALROTACION INTESTINAL | 1 |
| DEFUNCION | 1 |
| NEUMONIA | 1 |
| MIELOMENINGOCELE ROTO | 1 |
| CRIPTORQUIDEA IZQ. | 1 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

MORBILIDAD PERINATAL

**ESTANCIA EN NEONATOLOGIA DE RECIEN NACIDOS OBTENIDOS EN
CESAREA DE URGENCIA EN EL H.G.R. # 36 IMSS CMN "MAC"**

| DIAS | NUMERO |
|-------------|---------------|
| 2 | 5 |
| 4 | 1 |
| 5 | 1 |
| 6 | 2 |
| 7 | 3 |
| 9 | 1 |
| 10 | 1 |
| 15 | 2 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

DATOS RELEVANTES EN CESAREA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL # 36 IMSS CMN "MAC"

| | |
|------------------------------------|------|
| DIAS HABILES | 44 |
| C. PROGRAMADAS | 182 |
| C. EFECTUADAS | 116 |
| C. NO EFECTUADAS | 66 |
| PROM. C. PROGRAMADAS X DIA | 4.13 |
| PROM. C. EFECTUADAS X DIA | 2.64 |
| PROM. C. NO EFECTUADAS X DIA | 1.50 |
| REL. C. EFECTUADAS Y NO EFECTUADAS | 1.75 |
| PROM. C. EFECT. EN REL. AL TOTAL | 1.57 |
| PROM. C. NO EFECT. EN REL. AL T. | 2.75 |

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

R E S U L T A D O S

CESAREA PROGRAMADA

- . Se estudiaron 116 cesáreas principalmente con indica ciones como cesárea previa reciente, 2 cesáreas pre-- vias y cesárea previa no reciente. A 13 pacientes se les administró antibiótico profiláctico y el promedio días cama fué de 3.
- . Se obtuvieron 117 productos ya que se presentó un em barazo gemelar. Ingresaron al servicio de Neonatolo-- gía 9 de ellos, de los cuales 6 fueron pretérmino y-- 3 a término. El Dx. de ingreso predominantemente fué S.D.R. tipo I con remisión a su egreso, así como S. adaptación pulmonar con remisión a su egreso. El pro medio días cama fué de 7.33.

CESAREA DE URGENCIA

- . Se estudiaron 100 cesáreas principalmente con indica ción como D.C.P., período intergenésico corto, toxemia en sus diferentes tipos, cesárea previa, R.P.M - con cérvix desfavorable a conducción. A 14 pacientes se les administró antibiótico profiláctico y a 45 pa cientes como tratamiento electivo, el resto de paci-- entes sin antibiótico. Tres pacientes fueron trans-- fundidas, 2 presentaron dehiscencia de herida quirúr-- gica, 2 fueron RH negativo, 2 con deciduitis, 13 pa-- cientes con antihipertensivos, 14 con RPM, el prome-- dio día cama fué de 5.98.

- Se obtuvieron 102 productos ya que se presentaron 2 embarazos gemelares. Tres productos fueron óbito. Ingresaron al servicio de Neonatología 16 productos de los cuales 3 fueron pretérmino, 12 a término y - un post-término. El Dx. de ingreso predominantemente fué S. adaptación pulmonar y T.T.R.N y con remisión a su egreso. Hubo 14 altas, 1 traslado a tercer nivel para colocación de valvula de Pudens y se presentó una defunción en un producto multimalformado. El promedio de días cama fué de 6.31.

• SE UTILIZO χ^2

En relación a transfusiones $P < 0.05$ N.S.

En relación a dehisc. H.Q. $P < 0.10$ N.S.

En relación a antibióticos profilácticos $P < 0.20$ N.S.

En relación a R.P.M. $P < 0.001$ estadísticamente signif.

En relación a antibióticos electivos $P < 0.001$ estadísticamente significativo.

En relación a mortalidad perinatal $P < 0.50$ N.S.

En relación a morbilidad perinatal $P < 0.10$ N.S.

En relación a prematurez $P < 0.90$ N.S.

C O N C L U S I O N E S

- En CESAREA PROGRAMADA, la prematuridad es un factor importante ya que indica que se están obteniendo productos que impactan en el costo beneficio días cama y que es mayor que en las cesáreas de urgencia, por lo que deberá integrarse multidisciplinariamente el diagnóstico de productos a término. El antibiótico profiláctico no tiene sustento científico alguno por lo que deberá evitarse tal práctica. El promedio de días cama de las pacientes es de 3 por lo que preferentemente debiera reducirse a 2 para optimizar recursos y costos.
- En CESAREA DE URGENCIA el interrumpir embarazos por período intergenésico corto es algo que debiera valorarse adecuadamente ya que el proceso de cicatrización no depende directamente proporcional al tiempo de cesárea previa. Nuevamente se observa la utilización del antibiótico profiláctico comentado previamente. La morbilidad de los productos estuvo en lo esperado que es el síndrome de adaptación pulmonar y la T.T.RN, curiosamente los días cama son menos en relación a los obtenidos por cesárea programada y esto recalcando en el factor que es la prematuridad.

BIBLIOGRAFIA

- Pritchard JA, McDonald PC, Gant NF: Williams Obstetricia. Salvat editores S.A., 1986
- Gonzalez-Merlo J, Del Sol JR: Obstetricia. Salvat Editores S.A., 1988
- Haines CJ, Rogers MS, Leung DH: Neonatal outcome and its relationship with maternal age. Aust Obstet Gynaecol 31: 209-12, 1991
- Erkkola RU, Kero PO: Impact of prematurity on perinatal mortality and morbidity. Ann Med 23:663-9, 1991
- Wright EA, Kapu MN, Onwuhafua HI: Perinatal mortality and cesarean section in Jos University Teaching Hospital, Nigeria. Int J Gynaecol 35:299-304, 1991
- Krahenmann F, Bruhwiler H: Adolescent primiparous women, 17 years old and younger. Geburtshilfe Frauenheilkd 52:539-43, 1992
- Nor-Yosef S, Samueloff A, Schenker JG: The Israel perinatal census. J - Obstet Gynaecol 18:139-45, 1992
- Malik SJ, Mir NA: Perinatal mortality in high risk pregnancy: a prospective study of preventable factors. J Obstet Gynaecol 18:45-8, 1992
- Atrash HK, Rowley D, Hogue CJ: Maternal and perinatal mortality. Obstet-Gynecol 4:61-71, 1992
- Cerrone L, Basevi V: Cesarean section: descriptive epidemiology. Increase in frequency of indications for cesarean section. Epidemiol Prev 14:20-8 1992