

11217



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

## "OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA LUIS CASTELAZO AYALA CORRELACION ENTRE INDICACION Y DIAGNOSTICO FINAL DE LA OPERACION"

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

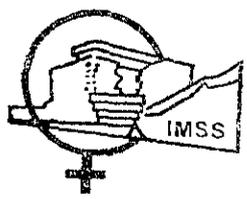
P R E S E N T A :

DRA NAGGHIELLI ATZIMBA JAIMES MARTINEZ

ASESOR: DR. SERGIO ROSALES ORTIZ



MEXICO, D. F.



2001

DIVISION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION MEDICA  
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"  
IMSS

255079



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

"OPERACIÓN CESAREA EN EL HOSPITAL DE GINECO-  
OBSTETRICIA LUIS CASTELAZO AYALA.  
CORRELACION ENTRE  
INDICACIÓN Y DIAGNOSTICO FINAL DE LA OPERACION"

Tesis que para obtener el título de especialista en:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

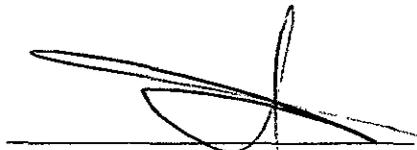
Presenta:

Dra. Nagchielli Atzimba Jaimes Martínez

Asesor: Dr. Sergio Rosales Ortiz

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

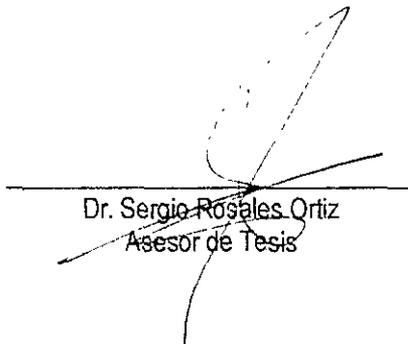
"OPERACIÓN CESAREA EN EL HOSPITAL DE GINECO-  
OBSTETRICIA LUIS CASTELAZO AYALA.  
CORRELACION ENTRE  
INDICACIÓN Y DIAGNOSTICO FINAL DE LA OPERACION"



Dr. Fernando Alfonso Rios Montiel  
Director del Hospital Luis Castelazo Ayala  
Profesor Titular del Curso



Dr. Martín Sergio Peña Sandoval  
Jefe de la División de Educación e Investigación Médica  
Asesor Metodológico de la Tesis



Dr. Sergio Rosales Ortiz  
Asesor de Tesis

Gracias a mis padres que me han apoyado a lo largo de mi trayectoria brindándome su cariño y apoyo incondicional.

Gracias a mis hijos por su paciencia.

Gracias a mis hermanos por todo su apoyo.

Gracias a todos los que participaron en este estudio, en especial al Dr. Sergio Rosales Ortiz por asesorarme y dirigirme hasta el final.

## INDICE

	Página
I. Resumen .....	1
II. Introducción.....	2
III. Material y métodos.....	5
IV. Resultados.....	10
V. Discusión.....	24
VI. Conclusión .....	30
VII. Bibliografía .....	31

## I. RESUMEN

Jaimés MN, Rosales OS. "OPERACIÓN CESAREA EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA LUIS CASTELAZO AYALA. CORRELACION ENTRE INDICACIÓN Y DIAGNOSTICO FINAL DE LA OPERACION".

**OBJETIVO:** Implementar una estrategia para disminuir el índice de cesáreas en el Hospital de Gineco-obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS.

**DISEÑO:** Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y abierto.

**MATERIAL Y METODOS:** El estudio se realizó en el Hospital de Gineco-obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, de febrero a noviembre del 2000. Se revisaron los expedientes de las pacientes sometidas a cesárea en forma aleatoria hasta completar el tamaño de la muestra, obteniendo los motivos del ingreso, valoración clínica, estudios de laboratorio y gabinete (PSS y USG), el diagnóstico de programación y los hallazgos transoperatorios, estos se compararon con los criterios diagnósticos que se mencionan más adelante para poder justificar o no el procedimiento quirúrgico. Se incluyeron a las mujeres embarazadas, sin patología de fondo al momento de su ingreso, de cualquier edad, primigestas o multigestas que fueron sometidas a cesárea por cualquier causa, calculando el tamaño de la muestra.

Se excluyeron a las mujeres con cualquier patología de fondo como lupus, diabetes, hipertensión arterial crónica, cardiopatías, etc., a sí mismo se eliminaron a las pacientes cuyos expedientes no contaban con los datos requeridos. Se formaron criterios diagnósticos bien definidos para poder evaluar la justificación de la operación cesárea, se consideró como causa injustificada de cesárea cualquier otro diagnóstico no establecido o bien aquel que no cumplía con los requisitos mencionados.

**RESULTADOS:** En el estudio se observó una relación de 45% de cesáreas contra 65% de partos. Las tres principales indicaciones de operación cesárea fueron: desproporción cefalopélvica (DCP) en un 45.8%, oligohidramnios en un 10.8% y sufrimiento fetal agudo en un 10%. En la DCP la edad promedio fue de 27.7 años, encontrándose un 43.6% de pacientes primigestas. De estas pacientes un 18.1% ingresó con el diagnóstico de DCP. La valoración clínica de la pelvis materna se registró en un 98.2% de los expedientes, en los cuales, únicamente el 32.7% reportaron pelvis reducida. El peso fetal aproximado no se reportó en el 80.1% de los casos. La prueba de trabajo de parto se llevó a cabo en el 18.1% de las pacientes. El peso promedio de los recién nacidos en el grupo de las primigestas fue de 3274g. en donde el 72.7% tenían un peso menor de 3600g. En el grupo de oligohidramnios se observó que en el 92.4% de los casos el diagnóstico se estableció por ultrasonografía y el 7.6% por clínica. Únicamente en el 50% de los casos se reportaba en el expediente la disminución del líquido amniótico. En cuanto al sufrimiento fetal agudo se observó una edad promedio de 27.5 años. La forma principal de detección fue a través de la ruptura de membranas (amniorexis) en un 50%, con la obtención de líquido amniótico meconial. Las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal se establecieron por Pinard en un 33.2% y por cardiotocógrafo en un 33.2%. El 49.8% de los casos tenían sustento al momento de la programación.

**CONCLUSIONES:** La falta de precisión en la valoración clínica de las pacientes y el registro de los hallazgos y evolución en el expediente clínico son las principales carencias para el fundamento diagnóstico a la hora de la programación quirúrgica. El apoyo de estudios de gabinete que dan la certeza diagnóstica en algunos casos han disminuido la capacidad analítica y deductiva de la clínica. Consideramos que todos los procedimientos deben de: 1. Seguir una norma de manejo, 2. Anotar todos los valores y hallazgos clínicos, 3. Colocar nota preoperatoria y 4. Analizar cuidadosamente los estudios de laboratorio y gabinete solicitados.

**PALABRAS CLAVE:** Operación cesárea, indicación, diagnóstico.

"OPERACIÓN CESAREA EN EL HOSPITAL DE GINECO-  
OBSTETRICIA LUIS CASTELAZO AYALA.  
CORRELACION ENTRE  
INDICACION Y DIAGNOSTICO FINAL DE LA OPERACION".

## II. INTRODUCCIÓN

En el devenir histórico de la obstetricia la interrupción del embarazo a término ha sufrido variaciones: desde la atención del parto por una partera en el domicilio de la paciente, a la atención del parto por un médico; la utilización del parto instrumental, con diferentes variantes de instrumentos, desde fórceps tractores, rotadores; el apoyo de técnicas quirúrgicas como sinfisectomía de Dursein (desechada en la actualidad), episiotomía, y el desarrollo de la interrupción del embarazo por vía abdominal denominada cesárea. Esta última con algunas variaciones de acuerdo a su vía de abordaje hacia la cavidad abdominal: intraperitoneal y extraperitoneal o sobre el útero: tipos Kerr, Beck, corporal.

El alto índice de la natalidad y las presiones ejercidas por la sociedad, basándose en ciertos estándares que no tienen relación alguna con la fisiología e individualidad del parto, han ocasionado un incremento en la proporción de embarazos que son resueltos por cesárea, sin que esto tenga siempre los efectos deseados para el binomio (1).

En los últimos años se ha incrementado el número de mujeres embarazadas que acuden a servicios médicos para el control y/o resolución del embarazo, esto conlleva al uso de mayor tecnología (2), en ocasiones injustificadas, sin obtener un mayor beneficio materno o fetal (3) y en ocasiones distorsionando el criterio médico para tomar una decisión sobre la vía de interrupción del embarazo(4).

La cesárea no es un procedimiento inocuo, tiene una mortalidad materna de 2 a 11 veces mayor que un parto y la morbilidad es 5 a 10 veces mayor en las pacientes sometidas a cesárea. Los resultados obtenidos en los productos obtenidos por cesárea deja mucho que desear, si se comparan los recién nacidos por cesárea electiva contra los de parto ya que los primeros tienen mayor riesgo de presentar insuficiencia respiratoria y lesiones ocasionadas en el momento de la incisión en el útero(5).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1995, se dió a conocer un estudio en el que se corrobora que la proporción de cesáreas en relación al total de partos había rebasado el 30% (6), además la relación entre proporción de cesáreas y las tasas de mortalidad materna y perinatal, sin encontrarse una relación directa entre el incremento del índice de cesáreas y la disminución de la mortalidad materna. También se analizó la mortalidad perinatal sin encontrar una disminución de esta; por lo tanto la operación cesárea no tiene influencia decisiva para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materno / fetales (7).

En los Estados Unidos de Norteamérica se han realizados diversos estudios con el fin de disminuir el índice de cesáreas, en estos estudios se han inducido a pacientes con cesárea previa con éxito, disminuyendo de un 22.7 a un 12.5% el número de las mismas (8); en otros estudios se ha revisado detenidamente las indicaciones de cesárea y se han establecido indicaciones de cesárea con criterios más conservadores(9).

Las indicaciones para realizar una operación cesárea son médicas y no médicas.

Las causas médicas que con más frecuencia se señalan son:

1. Cesárea previa: El 80% de las mujeres con cesárea previa son sometidas nuevamente a cesárea(10).
2. Distocia: Incluyen anomalías debidas a las dimensiones del feto(11) y del canal de parto y por otro lado las alteraciones de la dinámica uterina.
3. Distocia de presentación (pélvica la más frecuente).
4. Sufrimiento Fetal: Este diagnóstico se ha incrementado paralelamente al uso de la tecnología para monitorizar el trabajo de parto.

Las causas no médicas comunmente citadas son:

1. Factores propios de la paciente: Edad, ocupación, estrato socioeconómico (clase alta), ideología de la mujer(12).
2. Factores relacionados con los médicos: Sobre todo en la medicina privada los médicos tienen la errónea creencia de que de esta forma se disminuye el riesgo de demanda, además de que la mayoría de ellos quieren tener el "control" de la situación(13)

3. Factores relacionados con los servicios de salud:
  - a) Tipo de atención pública o privada(14).
  - b) Tipo de seguro médico.
  - c) Tipo de hospital (municipal, enseñanza, 3er. nivel, etc.)(15).
  - d) Capacidad hospitalaria.

Si dentro del proceso de atención a las embarazadas el incremento de cesáreas está dado por la carencia de criterios explícitos, por un sistema rutinario de evaluación y de control; por la falta de participación de los médicos en el análisis crítico de los casos y en la evaluación periódica de la calidad de atención en los servicios, por la actitud del médico ante las presiones institucionales y extrainstitucionales, entonces la implementación de una estrategia de mejora continua del proceso de atención del parto y el establecimiento de criterios definidos tendrá como consecuencia disminución en la realización de cesáreas injustificadas.

El propósito y objetivo de este estudio fue implementar una estrategia para disminuir el índice de cesáreas en el Hospital de Gineco-obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS a partir de la indicación quirúrgica y los hallazgos postoperatorios al identificar la proporción de cesáreas realizadas en las que los hallazgos posoperatorios no fueron concordantes con la indicación preoperatoria, tomando en cuenta los factores médicos y de la paciente que potencialmente se relacionan con la indicación de la cesárea, con la consecuente determinación de criterios explícitos de manejo para disminuir las indicaciones de operación cesárea.

### III. MATERIAL Y METODOS

La investigación se llevó a cabo en el Hospital de Gineco-obstetricia "Luis Castelazo Ayala" a través de un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo y abierto de febrero a noviembre del 2000.

Se revisaron los expedientes de las pacientes sometidas a cesárea en forma aleatoria hasta completar el tamaño de la muestra, obteniendo los motivos del ingreso, valoración clínica, estudios de laboratorio y gabinete (PSS y USG), el diagnóstico de programación y los hallazgos transoperatorios, estos se compararon con los criterios diagnósticos que se mencionan más adelante para poder justificar o injustificar el procedimiento quirúrgico.

Se incluyeron a las mujeres embarazadas, sin patología de fondo al momento de su ingreso, de cualquier edad, primigestas o multigestas que fueron sometidas a cesárea por cualquier causa, calculando el tamaño de la muestra. Se excluyeron a las mujeres con cualquier patología de fondo como lupus eritematoso, diabetes, hipertensión arterial crónica, cardiopatías, etc., asimismo se eliminaron a las pacientes cuyos expedientes no contaban con los datos requeridos.

Se consideró como cesárea injustificada la ausencia de los siguientes criterios:

1. Desproporción cefalopelvica; Absoluta: Disparidad entre el tamaño de la pelvis materna y la cabeza fetal que impide el parto, independientemente de que la cabeza fetal presente diámetros óseos óptimos.  
Relativa: Cuando la extensión de la cabeza fetal presente diámetros óseos que le impiden el paso de la pelvis materna.

Criterios diagnósticos:

- Valoración de la pelvis en sus tres estrechos, anotada en forma clara en el expediente.
- Prueba de trabajo de parto presente: 4 o más cm. de dilatación, contractilidad uterina eficiente (3 a 4 contracciones en 10 min.), ruptura de membranas (amniorexis o espontánea) y analgesia obstétrica adecuada.

- En ausencia de trabajo de parto efectivo: el ultrasonido tuvo que mostrar un producto con peso aprox. de 3.600 kgs. o un índice cefalopélvico menor de 1 o encontrarse anotado en el expediente el peso aproximado del producto a través de la medición del fondo uterino y encontrarse registrado en la nota médica un peso aprox. al nacimiento igual o mayor de 3.600 kgs.

La corroboración del Dx. se estableció cuando el peso del producto al nacer fué de 3.600 kgs. o más.

2. Sufrimiento fetal. Definición: Cualquier alteración que ocurra en la fisiología fetal que se traduzca en alteración del pH (acidosis) y/o en la frecuencia cardíaca fetal. Se divide en agudo y crónico.

Criterios Diagnósticos:

- Alteraciones en la frecuencia cardíaca, por lo menos dos registros de bradicardia o taquicardia menor a 120 o mayor a 160 latidos por minuto.
- Líquido amniótico meconial en amniorexis; siempre y cuando existiese un factor de riesgo previo como retardo en el crecimiento uterino o una alteración en la dinámica del trabajo de parto o cuando no se contó con un mecanismo electrónico para vigilancia estricta.

Sufrimiento fetal crónico es el que se presenta durante el embarazo y produce hipoxia fetal moderada y sostenida, sin trabajo de parto.

En ausencia de trabajo de parto se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Prueba sin estrés no reactiva con oligohidramnios (Pool menor a 3 cms. o Phelan menor de 5 cms)(16).

3. Presentación pélvica. Definición: Cuando el producto aboca su polo pélvico al estrecho superior de la pelvis materna.

Criterios Diagnósticos:

- Hallazgo clínico del polo pélvico en el estrecho superior de la pelvis.
- Presentación descrita como pélvica al momento de la cirugía.
- Variedad de posición sacra de cualquier tipo.
- Radiología con resultado confirmatorio de la presentación pélvica.

4. Distocia de presentación. Definición: Es la variación en la presentación normal cefálica o pélvica.

Criterios Diagnósticos:

- Presentación de cara.
- Situación fetal transversa u oblicua siempre y cuando se tuvo un trabajo de parto en fase activa.
- Presentación compuesta (Cefálica con la participación de cualquiera de las 4 extremidades).

5. Inserción baja de placenta y placenta previa. Definición:

Inserción Baja: Cuando la placenta está implantada en el segmento uterino inferior de forma que el borde placentario no alcanza el orificio interno pero se encuentra a menos de 6 cms. de éste.

Placenta previa: Cuando la placenta se encuentra situada sobre el orificio cervical interno y puede ser: Total cuando el orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta y marginal cuando el borde de la placenta está en el margen del orificio interno.

Criterios Diagnósticos:

- Sospecha clínica de tal entidad: Embarazo de 28 semanas o más con sangrado activo de aspecto rojo brillante con o sin trabajo de parto; con o sin compromiso hemodinámico de la paciente, con o sin confirmación por medio de tacto de fondo de saco.
- Embarazo de 28 semanas o más con ultrasonografía que reporte implantación baja de placenta completa o incompleta.

6. Desprendimiento prematuro de placenta. Definición: Separación de la placenta de su lugar de implantación antes del parto.

Criterios Diagnósticos:

- Sospecha clínica de tal entidad: Sangrado transvaginal con o sin polisistolia o hipertensión y con o sin frecuencia cardíaca fetal menor a 120 o mayor a 160 latidos por minuto. Puede o no haber presencia de dolor.

7. Embarazo múltiple. Definición: Cuando en el interior de la cavidad uterina se desarrollan dos o más fetos.

Criterios Diagnósticos:

- Valoración clínica con la sospecha, por medio de maniobras de Leopold, de encontrarse ocupado el útero por 2 o más fetos.
- Radiología con resultado de dos o más fetos.
- Ultrasonografía con resultado de dos o más fetos.

8. Preeclampsia severa. Definición: Complicación del embarazo que se caracteriza por trastornos hipertensivos acompañados de proteinuria y/o edema

Criterios Diagnósticos:

- Tensión arterial sistólica igual o mayor a 160 mmHg o diastólica igual o mayor de 110 mmHg y/o proteinuria mayor a 2g. en orina de 24hrs. o tira reactiva de 3+ ó 4+ en examen semicuantitativo.

9. Parto pretérmino. Definición: Embarazo mayor a 28 semanas y menor de 34 semanas, con feto vivo, con actividad uterina que modifique las condiciones cervicales, con más de 4 puntos en el índice tocolítico y que no haya respondido a la uteroinhibición. Los datos deberán de estar registrados en el expediente.

10. Oligohidramnios. Definición: Volumen de líquido amniótico por debajo de los límites normales (Pelan de 5cms. ó mayor)(16).

Criterios diagnósticos:

- Valoración clínica de la entidad por medio de fácil palpación de partes fetales.
- Diagnóstico a través de medición del líquido amniótico por medio de la ultrasonografía con hallazgos de Pelan menor de 5 cms. (índice de líquido amniótico).

Para evaluar la justificación de la cesárea se considerará el registro de cualquiera de los 10 diagnósticos (sólo o en combinación), evaluando que estos cumplan los criterios establecidos. Cualquier otro diagnóstico o aquel que no cumpla con los requisitos mencionados se considerará como causa injustificada de cesárea.

También se tomaron en cuenta los siguientes datos, en relación con las pacientes: edad, estado civil, ocupación, escolaridad, atención prenatal, patología agregada, estado clínico a su ingreso, expectativas y demandas con respecto a la resolución del embarazo. Relacionadas con el médico: Edad, categoría, servicio de adscripción al momento de la cirugía.

#### IV. RESULTADOS

En las 120 pacientes que constituyeron nuestro universo de trabajo se encontraron como causa de cesárea, en orden progresivo, las siguientes:

1. Desproporción cefalopélvica en 55 pacientes (45.8%)
2. Oligohidramnios en 13 pacientes (10.8%)
3. Sufrimiento fetal agudo en 12 pacientes (10%)
4. Cesárea iterativa en 10 pacientes (8.3%)
5. Distocia de presentación en 7 pacientes (5.9%)
6. Enfermedad hipertensiva del embarazo en 7 pacientes (5.9%)
7. Falta de progresión en el trabajo de parto en 5 pacientes (4.2%)
8. Inserción baja de placenta en 4 pacientes (3.3%)
9. Ruptura prematura de membranas en 3 pacientes (2.5%)
10. Desprendimiento prematuro de placenta en 2 pacientes (1.7%)
11. Embarazo gemelar en 1 paciente (0.8%)
12. Distocia de Contracción en 1 paciente (0.8%)

El análisis por grupo proporcionó los siguientes resultados:

#### DESPROPORCION CEFALOPELVICA

En este grupo se incluyeron a 55 pacientes (45.8%) de 15 a 39 años con una edad promedio de 27.78 años.

El número de embarazos anteriores fue el siguiente: pacientes primigestas 24 (43.7%), secundigestas 24 (43.7%), trigestas 5 (9%), 4 gestas o más 2 (3.6%).

De los embarazos anteriores se tienen los siguientes datos: de las pacientes secundigestas 2 tenían partos previos (3.6%), 19 tenían cesárea anterior (34.5%) y 3 tenían aborto anterior (5.4%). De las pacientes con tres gestas 3 tenían por lo menos un parto anterior (5.4%), 3 tenían cesárea anterior (5.4%) y 4 tenían un aborto anterior (3.6%). De las pacientes con 4 embarazos o más 3 de los embarazos anteriores se resolvieron por parto (5.4%), uno por cesárea (1.8%) y 5 terminaron en aborto (9%).

### EMBARAZOS ANTERIORES

Número Gestas	Pacientes	Partos	Cesáreas	Abortos
2	24 (43.6%)	2 (3.6%)	19 (34.5%)	3 (5.4%)
3	5 (9%)	3 (5.4%)	3 (5.4%)	4 (3.6%)
4 o más	2 (3.6%)	3 (5.4%)	1 (1.8%)	5 (9%)

De los embarazos anteriores, el peso de los recién nacidos varió de 2800 a 3600 grs. con un promedio de 3167 grs. y su distribución fue de la siguiente manera:

### PESO DE RECIEN NACIDOS ANTERIORES PROMEDIO

Número gestas	Parto	Cesárea
2	2967grs.	3335 grs.
3	3150 grs.	3650 grs.
4 o más	3083grs.	2825 grs.

### EMBARAZO ACTUAL

De los datos obtenidos en el partograma (hoja de ingreso) tenemos que las semanas de gestación que presentaron nuestras pacientes variaron de 36 a 41, con un promedio de 38 semanas, teniendo como diagnóstico de ingreso (diferente al diagnóstico de programación) los siguientes: Pródromos de trabajo de parto en 10 pacientes (18.1%), trabajo de parto en 10 pacientes (18.1%), hipomotilidad fetal en 8 pacientes (14.5%), ruptura prematura de membranas en 7 pacientes (12.7%), trabajo de parto más desproporción cefalopélvica en 6 pacientes (10.9%), pb. Preeclampsia en 5 pacientes (9%), desproporción cefalopélvica en 4 pacientes (7.2%), programada para cirugía de consulta externa 2 pacientes (3.6%), oligohidramnios una paciente (1.8%), inserción baja de placenta una paciente (1.8%) y bradicardia fetal en una paciente (1.8%).

## VALORACIÓN CLINICA Y DIAGNOSTICO FINAL

	No. PACIENTES
VALORACIÓN DE LA PELVIS:	
Pelvis suficiente	22 (40%)
Pelvis límite	14 (25.5%)
Pelvis reducida	18 (32.7%)
Sin valoración	1 (1.8%)
CALCULO DE PESO DEL FETO:	
Por clínica	10 (18.2%)
Por USG	1 (1.8%)
PACIENTES CON PRUEBA DE TTRABAJO DE PARTO:	
SI	10 (18.2%)
NO	45 (81.8%)
PESO DEL RECIEN NACIDO:	
Mayor de 3600grs.	15 (27.3%)
Menor de 3600 grs.	40 (72.7%)

De las pacientes, 27 se programaron durante el turno matutino (49%), 17 durante el turno vespertino (31%) y 11 durante el turno nocturno (20%).

Los datos obtenidos de los recién nacidos fueron: peso promedio de 3274grs, se obtuvieron 30 femeninos (54.5%) y 25 masculinos (45.4%), con APGAR de 7/8 14 de ellos (25.4%), 7/9 3 (5.4%), 8/8 uno (1.8%) y 8/9 37 (67.2%), de los recién nacidos 28 pasaron a alojamiento conjunto (con la madre) (50.9%), 24 a cuidados especiales (cunero fisiológico) (43.6%) y 3 se ignora (5.4%).

## OLIGOHIDRAMNIOS

En este grupo se incluyó a 13 pacientes (10.8%) de 20 a 35 años con una edad promedio de 27.3 años.

El número de embarazos anteriores fue el siguiente: primigestas 4 pacientes (30.8%), secundigestas 7 (53.8%), trigestas 1 (7.7%) y paciente con 4 embarazos una (7.7%).

### EMBARAZO ACTUAL

De los datos obtenidos en el partograma tenemos que las semanas de gestación variaron de 38 a 41, con un promedio de 39 semanas, teniendo como diagnósticos de ingreso los siguientes: Oligohidramnios en 8 pacientes (61.5%), pródromos de trabajo de parto en 2 pacientes (15.3%), trabajo de parto 1 paciente (7.6%), bradicardia fetal 1 paciente (7.6%) e hipomotilidad fetal 1 paciente (7.6%).

### VALORACIÓN CLÍNICA Y DIAGNOSTICO FINAL

No. PACIENTES

#### VALORACIÓN DE OLIGOHIDRAMNIOS:

Por clínica	1 (7.7%)
Por USG	12 (92.3%)
INDICE DE LIQUIDO AMNIÓTICO:	
Menor de 5	10 (76.9%)
5 o más	2 (15.4%)
No tiene	1 (7.7%)
PRUEBA SIN ESTRÉS	
Reactiva	6 (46.2%)
No reactiva	2 (15.4%)
No tiene	5 (38.4%)

De las pacientes 7 se programaron durante el turno matutino (53.9%), 5 durante el turno vespertino (38.4%) y una durante el turno nocturno (7.7%).

Los datos obtenidos de los recién nacidos fueron los siguientes: peso promedio 2863grs., se obtuvieron 7 femeninos (53.8%) y 6 masculinos (46.2%), con APGAR de 6/8 uno (7.7%) y 8/9 12 (92.3%); de los recién nacidos 5 pasaron a alojamiento conjunto (38.4%), 5 a cuidados especiales (38.4%) y en 3 no se encontró el dato (23.2%).

## SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

En este grupo se incluyeron 12 pacientes (10%) de 22 a 37 años con una edad promedio de 27.58 años.

El número de embarazos anteriores fue el siguiente: primigestas 5 pacientes (41.6%), secundigestas 3 pacientes (25%) y trigestas 4 pacientes (33.4%).

## EMBARAZO ACTUAL

De los datos obtenidos en el partograma tenemos que las semanas de gestación variaron de 38 a 41, con un promedio de 38 semanas, teniendo como diagnósticos de ingreso los siguientes: trabajo de parto en 4 pacientes (33.4 %), pródromos de trabajo de parto 2 pacientes (16.7%), sin trabajo de parto 2 pacientes (16.7%), hipomotilidad fetal 1 paciente (8.3%), compromiso de cordón 1 paciente (8.3%), sufrimiento fetal solo una (8.3%) y ruptura prematura de membranas 1 paciente (8.3%).

## VALORACIÓN CLÍNICA

	No. PACIENTES
PRUEBA SIN ESTRÉS:	
Reactiva	3 (25%)
No reactiva	1 (8.3%)
Silente	1 (8.3%)
No se realizó	7 (58.4%)
PRUEBA DE TOLERANCIA A CONTRACCIÓN:	
Positiva	1 (8.3%)
Negativa	2 (16.7%)
No se realizó	9 (75%)
FRECUENCIA CARDIACA FETAL BASAL:	
Bradicardia (menor 120x')	1 (8.3%)
Normal (120 a 160x')	2 (16.7%)
Taquicardia (mayor 160x')	1 (8.3%)
No se reporta	8 (66.7%)
AMNIOREXIS:	
Líquido amniótico meconial	
+	3 (25%)
++	2 (16.7%)
+++	2 (16.7%)
No se realizó	5 (41.6%)

## DIAGNOSTICO FINAL

### No. PACIENTES

#### LIQUIDO AMNIÓTICO:

Claro	6 (50%)
Meconial	
+	1 (8.3%)
++	2 (16.7%)
+++	3 (25%)

#### CIRCULAR DE CORDON:

A cuello	1 (8.3%)
En charretera	1 (8.3%)
A tórax	1 (8.3%)
No tuvo	9 (75.1%)

#### PLACENTA

Datos de insuficiencia	0
Normal	12 (100%)

#### VALORACION DE pH FETAL

0

De las pacientes 3 se programaron durante el turno matutino (25%), 4 durante el turno vespertino (33.3%), 3 durante el turno nocturno (25%) y de 2 pacientes no se obtuvo el dato (16.7%).

Los datos obtenidos de los recién nacidos fueron los siguientes: peso promedio 2858grs., se obtuvieron 4 femeninos (33.3%) y 8 masculinos (66.7%), con APGAR de 7/8 3 (25%), 7/9 1 (8.3%), 8/9 7 (58.4%) y uno con APGAR no valorable (8.3%) (con muerte perinatal inmediata por anencefalia); de los recién nacidos 8 pasaron a alojamiento conjunto (66.7%), 3 a cuidados especiales (25%) y uno murió al nacer (anencefalia) (8.3%).

## CESAREA ITERATIVA

En este grupo se incluyeron a 10 pacientes (8.3%), de 22 a 36 años con una edad promedio de 24.10 años.

El número de embarazos anteriores fue el siguiente: trigestas 7 pacientes (70%) y cuatrigestas 3 (30%).

## EMBARAZO ACTUAL

De los datos obtenidos en el partograma tenemos que las semanas de gestación variaron de 36 a 40 con un promedio de 39 semanas, teniendo como diagnósticos de ingreso los siguientes: trabajo de parto en 4 pacientes (40%), pródromos de trabajo de parto 5 pacientes (50%) y sin trabajo de parto una paciente (10%).

A todas las pacientes se les programó por tener 2 cesáreas anteriores, diagnosticado por medio del interrogatorio a su ingreso. De éstas 2 se programaron en el turno matutino (20%), 6 en el turno vespertino (60%) y 2 en turno nocturno (20%).

Los datos obtenidos de los recién nacidos fueron los siguientes: peso promedio 3062 grs., se obtuvieron 8 femeninos (80%) y 2 masculinos (20%), con APGAR de 7/8 3 (30%), 7/9 uno (10%) y 8/9 6 (60%), de los recién nacidos 5 pasaron a alojamiento conjunto (50%) y 5 pasaron a cuidados especiales (50%).

## DISTOCIA DE PRESENTACIÓN

En este grupo se incluyeron a 7 pacientes (5.8%), de 20 a 41 años, con una edad promedio de 28.71 años.

El número de embarazos anteriores fue el siguiente: primigestas 3 pacientes (42.9%), secundigestas 2 pacientes (28.5%), trigestas una paciente (14.3%) y 4 embarazos o más una paciente (14.3%).

## EMBARAZO ACTUAL

De los datos obtenidos en el partograma tenemos que las semanas de gestación variaron de 34 a 41, con un promedio de 39 semanas, teniendo como diagnósticos de ingreso los siguientes: presentación pélvica en 3 pacientes (42.8%), hipomotilidad fetal en 1 paciente (14.2%), ruptura prematura de membranas 1 paciente (14.2%), pródromos de trabajo de parto 1 paciente (14.2%) y sin trabajo de parto 1 paciente (14.2%).

## VALORACIÓN CLINICA Y DIAGNOSTICO FINAL

	No. PACIENTES
VALORACIÓN DE PRESENTACION:	
Por clínica	7 (100%)
Por USG	0
TIPO DE PRESENTACIÓN	
Pélvico	5 (71.4%)
Transverso	1 (14.3%)
De cara	1 (14.3%)
HALLAZGOS POSTERIORES A QX.:	
Presentación pélvica	5 (71.4%)
Situación oblicua	1 (14.3%)
Variedad de posición occipito sacra	1 (14.3%)

De las pacientes 2 se programaron durante el turno matutino (28.6%), 3 durante el turno vespertino (42.8%) y 2 durante el turno nocturno (28.6%).

Los datos obtenidos de los recién nacidos fueron los siguientes: peso promedio 3103 grs., se obtuvieron 5 femeninas (71.4%) y 2 masculinos (28.6%), con APGAR de 7/8 5 (71.4%) y 8/9 2 (28.6%); de los recién nacidos 3 pasaron a alojamiento conjunto (42.9%), 3 a cuidados especiales (42.9%) y uno a UCIN (14.2%).

## ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO

En este grupo se incluyó a 7 pacientes (5.8%) de 20 a 38 años, con una edad promedio de 28.28 años.

El número de embarazos anteriores fue el siguiente: primigestas 3 pacientes (42.8%), secundigestas 3 pacientes (42.8%) y cuatrigestas 1 paciente (14.2%).

## EMBARAZO ACTUAL

De los datos obtenidos en el partograma tenemos que las semanas de gestación variaron de 31 a 40, con un promedio de 35 semanas, teniendo como diagnósticos de ingreso los siguientes: hipertensión gestacional 2 pacientes (28.6%), preeclampsia severa 2 pacientes (28.6%), hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobre agregada 2 pacientes (28.6%) y eclampsia en 1 paciente (14.2%).

## VALORACIÓN CLINICA Y DIAGNOSTICO FINAL

	No. PACIENTES
Pacientes con síntomas de vasoespasmo	2 (28.6%)
Pacientes con epigastralgia	2 (28.6%)
DIAGNOSTICO FINAL COMPROBADO:	
Hipertensión gestacional	2 (28.6%)
Sx. HELLP	2 (28.6%)
Eclampsia	1 (14.3%)
Preeclampsia severa	1 (14.3%)
Hipertensión arterial crónica + Preeclampsia	1 (14.2%)

De las pacientes 2 se programaron en el turno matutino (28.6%), 3 durante el turno nocturno (42.8%) y de 2 no se obtuvo el dato (28.6%).

Los datos obtenidos de los recién nacidos fueron los siguientes: peso promedio 2382 grs., se obtuvieron 4 femeninos (57.2%) y 3 masculinos (42.8%), con APGAR de 7/8 2 (28.6%), 7/9 1 (14.3%), 8/8 1 (14.3%) y 8/9 3 (42.8%); de los recién nacidos 3 pasaron a cuidados especiales (42.8%), 2 pasaron a UCIN (28.6%) uno pasó a alojamiento conjunto (14.3%) y de uno no se obtuvo el dato (14.3%).

## FALTA DE PROGRESIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

En este grupo se incluyó a 5 pacientes (4.1%), de 17 a 31 años, con una edad promedio de 24.4 años.

El número de embarazos anteriores fue el siguiente: primigestas 4 pacientes (80%) y una paciente secundigesta con cesárea anterior (20%).

## EMBARAZO ACTUAL

De los datos obtenidos en el partograma tenemos que las semanas de gestación variaron de 38 a 40, con un promedio de 39 semanas, teniendo como diagnósticos de ingreso los siguientes: pródromos de trabajo de parto en 3 pacientes (60%), trabajo de parto en 1 paciente (20%) y enfermedad hipertensiva del embarazo en 1 paciente (20%).

## VALORACIÓN CLINICA Y DIAGNOSTICO FINAL

### No. PACIENTES

#### DILATACIÓN MÁXIMA PREQX.:

Menor a 4 cms.	1 (20%)
5 a 7 cms.	2 (40%)
7 a 9 cms.	1 (20%)
10 cms.	1 (20%)

#### HORAS EN FASE ACTIVA TRABAJO PARTO

5 hrs.	3 (60%)
9 hrs.	1 (20%)
No tuvo	1 (20%)

En 4 de las pacientes (80%) se inició conducción o inductoconducción de trabajo de parto con un Bishop desfavorable para tal fin.

De las pacientes 4 se programaron durante el turno vespertino (80%) y una se programó durante el turno nocturno (20%).

Los datos obtenidos de los recién nacidos fueron los siguientes: peso promedio 3104grs., se obtuvieron 2 femeninos (40%) y 3 masculinos (60%), con APGAR de 7/8 en 2 (40%) y 8/9 en 3 (60%); de los recién nacidos 1 paso a alojamiento conjunto (20%) y 4 pasaron a cuidados especiales (80%).

#### INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA

En este grupo se incluyó a 4 pacientes (3.3%), de 23 a 29 con una edad promedio de 25.75 años.

El número de embarazos anteriores fue el siguiente: primigestas 1 (25%), secundigestas 2 pacientes(50%) y trigestas 1 paciente (25%).

#### EMBARAZO ACTUAL

De los datos obtenidos en el partograma tenemos que las semanas de gestación variaron de 27 a 40, con un promedio de 33 semanas, teniendo como diagnósticos de ingreso los siguientes: inserción baja de placenta en 2 pacientes (50%), inserción baja y desprendimiento prematuro en 1 paciente (25%) y amenaza parto pretermino en 1 paciente (25%).

#### VALORACIÓN CLINICA Y DIAGNOSTICO FINAL

	No. PACIENTES
INSERCIÓN PLACENTARIA	
Por USG	3 (75%)
Por clínica (sangrado indoloro + colchón placentario)	1 (25%)
HALLAZGO TRANSQX.:	
Placenta previa	2 (50%)
Placenta marginal	1 (25%)
Placenta normal	1 (25%)

En este grupo de pacientes a una de ellas se le realizó histerectomía por sangrado incoercible del lecho placentario, no se diagnosticó patológicamente un acretismo placentario.

De las pacientes 2 se programaron en el turno matutino (50%) y 2 en el turno nocturno (50%).

Los datos obtenidos de los recién nacidos fueron los siguientes: peso promedio 2206 grs., se obtuvieron 3 femeninos (75%) y un masculino (25%), con APGAR 5/7 1 (25%), 7/8 1 (25%), 8/9 1 (25%) y no valorable 1 (25%); de los recién nacidos 2 pasaron a cuidados especiales (50%) y 2 pasaron a UCIN (50%).

### RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

En este grupo se incluyó a 3 pacientes (2.5%), de 21 a 28 años con una edad promedio de 25.33 años.

El número de embarazos anteriores fue el siguiente: primigestas 1 paciente (33.4%) y secundigestas 2 pacientes (66.6%).

### EMBARAZO ACTUAL

De los datos obtenidos en el partograma tenemos que las semanas de gestación variaron de 28 a 31, con un promedio de 31 semanas, teniendo como diagnóstico de ingreso ruptura prematura de membranas en las 3 pacientes (100%).

### VALORACIÓN CLÍNICA Y DIAGNOSTICO FINAL

	No. PACIENTES
Pruebas de RPM positivas	3 (100%)
DATOS DE CORIOAMNIOITIS	
SI	1 (33.4%)
NO	2 (66.6%)

El tiempo de RPM presentado por las pacientes varió de 42 a 96hrs, con un promedio de 70 hrs.

De las pacientes 2 se programaron en el turno matutino (66.6%) y una en el turno vespertino (33.4%).

Los datos obtenidos de los recién nacidos fueron los siguientes: peso promedio 1800grs., se obtuvieron un femenino (33.4%) y 2 masculinos (66.6%), con APGAR de 7/8 1 (33.4%) y 7/9 2 (66.6%); de los recién nacidos 2 pasaron a UCIN (66.6%) y uno a cuidados especiales (33.4%).

## DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

En este grupo se incluyó a 2 pacientes (1.6%), de 17 y 25 años, con una edad promedio de 21 años.

Una de ellas era primigesta y la otra paciente era multigesta (4 embarazos anteriores).

## EMBARAZO ACTUAL

De los datos obtenidos en el partograma las semanas de gestación al ingreso fueron de 35 y 41, ingresando con los siguientes diagnósticos: desprendimiento prematuro de placenta y *pródromos de trabajo de parto + RPM*.

En una paciente el diagnóstico prequirúrgico se realizó por clínica teniendo como único dato la hipertensión uterina, en la otra paciente no se halló la exploración física preoperatoria ni nota prequirúrgica. En ninguna se corroboró el desprendimiento de placenta. Las dos pacientes fueron programadas durante el turno nocturno.

Los datos obtenidos de los recién nacidos fueron los siguientes: peso promedio 2800 grs., un femenino y un masculino, con APGAR de 6/7 y 8/9; uno de ellos pasó a prematuros y el otro a cuidados especiales.

## EMBARAZO GEMELAR

En este grupo se incluyó una paciente (0.8%), con una edad de 33 años, primigesta.

A su ingreso contaba con 34 semanas de gestación con diagnóstico de embarazo gemelar + amenaza de parto pretérmino con diagnóstico ultrasonográfico. No lográndose inhibir el trabajo de parto se interviene.

Los datos de los recién nacidos fueron los siguientes: peso promedio de 2450 grs., ambos masculino, con APGRA de 7/8 y 8/8, pasando ambos a cuidados especiales.

## DISTOCIA DE CONTRACCIÓN

En este grupo se incluyó a una paciente (0.8%), con una edad de 29 años, trigesta con 2 partos anteriores y con peso máximo de los recién nacidos de 3300 grs.

A su ingreso contaba con 39 semanas de gestación, admitiéndose con diagnóstico de trabajo de parto con una dilatación cervical de 3cms. y 50% de borramiento, producto abocado y pelvis suficiente. Se inicia conducción con adecuada evolución dilatando a 7cms. en 4hrs., momento en que se programa durante el turno nocturno.

Los datos del recién nacido son los siguientes: peso de 3800grs, femenino, con APGAR de 8/9 pasando a alojamiento conjunto.

## V. DISCUSIÓN

En el estudio se observó una relación de cesáreas de un 45% contra un 65% de partos, promedio que se encuentra por arriba de lo reportado en diferentes países de los Estados Unidos de Norteamérica, siendo de un 18% hasta un 22% en el Reino Unido(17).

Las tres primeras causas encontradas en nuestro hospital coinciden con las reportadas en la literatura (12), estas mismas indicaciones han visto su incremento a expensas del uso indiscriminado de los estudios paraclínicos (ultrasonografía y monitorización cardiotocográfica)(11) al temor constante de las demandas y presiones institucionales, pero principalmente a la menor aplicación de la clínica.

Desproporción cefalopélvica; nuestra principal indicación, alcanzo el 45.8% de nuestro universo de estudio, teniendo el rango mas grande de edad desde los 15 a los 39 años. La edad gestacional promedio al momento de la interrupción del embarazo fue de 38 semanas. De acuerdo a los datos obtenidos de la hoja de ingreso del partograma únicamente el 18.1% de las pacientes ingresó con el diagnóstico de desproporción cefalopélvica, en el resto se estableció durante su estancia. La valoración clínica de la pelvis materna se encontró en el 98.2% de los expedientes, de estos el 32.7% reportaron pelvis reducida, cabe mencionar que la valoración descrita es únicamente suficiente, límite y reducida, y en ningún caso se hace una descripción real de los tres estrechos y sus características, siendo importante si se tiene en cuenta que la mayor parte de las distocias se observan en el diámetro denominado conjugado obstétrico (11) además de ser de vital importancia en un hospital escuela y ser una de las principales herramientas en el establecimiento de un diagnóstico clínico. El peso fetal, a pesar de ser uno de los dos parámetros mas importantes para el establecimiento del diagnóstico, no se reportó en el 80.1% de los casos. La prueba de trabajo de parto como herramienta diagnóstica se realizó en el 18.2% de los casos, por lo tanto el 81.8% de las pacientes programadas deberían de tener una pelvis reducida para poder excluir esta prueba. Como antecedente de importancia se observó que el 43.6% de la pacientes eran primigestas, mismo porcentaje para las secundigestas, disminuyendo en las trigestas a 9% y en las pacientes con 4 o más embarazos a 3.6%.

En las pacientes primigestas encontramos que el peso promedio fue de 3274g donde el 72.7% tenían un peso menor a 3600g y el 27.3%. Dentro del grupo de las secundigestas el 79.16% tenían cesárea previa y únicamente parto el 8.3%. Para las pacientes con gestas tres los porcentajes fueron del 30% respectivamente para parto o cesárea y para el cuarto embarazo o más el porcentaje se invierte a 33.3% con partos previas y 11.1% con una cesárea previa. El análisis del peso en los recién nacidos de los embarazos previos en las pacientes secundigestas fue: promedio del peso en el primer embarazo 2967g cuando la vía de interrupción fue vaginal y de 3335g por vía abdominal, para las trigestas el promedio del peso en recién nacidos por parto fue de 3150g y de 3650g en cesárea, para las pacientes con 4 embarazos o más el promedio en partos fue de 3083g y en cesárea de 2825g. De acuerdo a estos datos el diagnóstico de desproporción cefalopélvica en el primer embarazo esta prácticamente injustificado ya que solo el 2% de las pacientes cuenta con una descripción completa de la pelvis materna, el 19.9% cuenta con el peso fetal, el 18.1% tienen prueba de trabajo de parto y el 27.2% tienen recién nacidos mayores de 3600g, teniendo como conclusión que un 80% de los casos no están fundamentados en las primigestas. La presencia de una cesárea previa en un segundo embarazo alcanza casi el 50% de probabilidad de ser interrumpido por vía abdominal independientemente del peso del feto y el tiempo de la cesárea (18). Cuando ya se tiene el antecedente de un parto y una cesárea, a 1 de cada 3 se le realizará nuevamente cesárea. Es de importancia resaltar que el peso promedio de los recién nacidos por cesárea de secundigestas es de 3335g, el cual se encuentra por debajo del peso límite que es de 3600g, pero como se mencionó anteriormente el peso puede no ser un factor decisivo en determinar la vía de interrupción. En las trigestas en donde el promedio de peso alcanza los 3650g coincide con que el promedio de las cesáreas es del 30%. Esto cambia cuando hay 4 o más embarazos en donde el promedio de peso de los recién nacidos fue de 2825g, encontrándose muy por debajo de los 3600g, a pesar de que el promedio de cesáreas fue de 11.1%, lo que nos hace suponer la existencia de otros factores para determinar la vía de interrupción del embarazo, pero que no son consignados en el expediente clínico. Otro dato importante de resaltar es que el turno matutino es el que programa mayor número de pacientes con este diagnóstico, con el 49%, seguido por el turno vespertino con el 31% y el nocturno con el 20%, si consideramos que en base a la plantilla de trabajo de este hospital el turno matutino es el que cuenta con más personal médico por lo menos el 50% de las valoraciones debería de ser más completo.

Oligohidramnios es la segunda indicación mas frecuente, este diagnóstico se ha vostonp favorecido con el uso del ultrasonido como parte del protocolo de estudio de toda paciente embarazada, aunque no por eso debe de restar importancia a ala valoración clínica. El promedio de incidencia de esta indicación fue del 10.8%, el 92.3% se estableció por ultrasonografía, y el 7.7% por clínica, el diagnóstico se sospechó de inicio en el 61.1% de los casos. La mayor detección de estos casos fue en el turno matutino con el 53.9% de los casos, el vespertino con 38.4% y el nocturno con un 7.7%. Este diagnóstico una vez establecido tiende a corroborarse en los hallazgos transoperatorios, pero desafortunadamente en el 50% de los expedientes no se reportaba la disminución del líquido amniótico.

La tercera indicación es el sufrimiento fetal, diagnóstico controvertido, ya que su detección oportuna hace que los hallazgos transoperatorios y perinatales no aporten datos de su presencia, esto gracias a que la detección inicial del sufrimiento evita las secuelas secundarias a la hipoxia. Los datos indirectos que hablan de hipoxia son: las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal y la presencia de meconio en el líquido amniótico, y la forma directa de medir la hipoxia fetal es mediante la medición del pH fetal (no se cuenta con este recurso en el hospital). El porcentaje de esta indicación fue del 10% con una edad promedio de 27.5 años, el 41.6% de los casos fueron primigestas, el 25% secundigestas y 33.4% trigestas, la edad promedio de gestación fue de 38 semanas, el 33.4% se diagnosticó en fase activa del trabajo de parto, el 16.6% en pródromos de trabajo de parto y el resto sin trabajo de parto, el 16.6% se asoció con hipomotilidad fetal y compromiso funicular. La principal forma de establecimiento del diagnóstico fue la detección de líquido meconial en el 50% de los casos en cualquiera de sus tres variantes arbitrariamente establecidas en cruces que van de (+) tinte meconial, (++) líquido amniótico de color verde pero no espeso y (+++) líquido meconial espeso color verde oscuro, las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal con Pinard se establecieron en el 16.7% y con cardiotocografía 83.3%. El 49.8% de los casos tenía sustento al momento de la programación, el resto de los casos no tiene descrito en el expediente clínico cuales fueron las condiciones fetales para la programación. Esta indicación al igual que la anterior tiene un gran apoyo en el uso de la tecnología. El mayor número de pacientes programadas en este caso fue durante el turno vespertino con el 33.3%, seguido del matutino y nocturno con un porcentaje de 25% por igual, sin encontrarse el dato en 16.7% de los expedientes.

Cesárea iterativa es la cuarta indicación en frecuencia con un 8.3% del total del universo de estudio. El promedio de edad fue de 24 años dato por demás relevante siendo el segundo grupo de menor edad, únicamente por debajo del desprendimiento prematuro de placenta en donde el promedio de edad es de 21 años, llamando mucho la atención que a una edad tan temprana se estén sometiendo a una tercera cesárea, lo cual incrementa la morbimortalidad materna y si partimos que en muchas ocasiones las cesáreas previas no fueron justificadas el riesgo actual que se corre es innecesario. La edad promedio de interrupción fue de 39 semanas con un peso promedio de los recién nacidos de 3061g. Dentro de nuestro grupo de estudio no se reportaron complicaciones maternas ni neonatales a pesar de no estar consignados en el expediente en el 75% de los casos los factores de riesgo, los estudios de protocolo como la localización placentaria y el cruce de sangre. El 60% de las pacientes se programaron en el turno vespertino y un 20% en la mañana y en la noche respectivamente, dato relevante en función a que el turno que cuenta con mayores recursos es el matutino y estas pacientes en forma ideal deben de operarse en forma programada, idealmente en el turno matutino.

Las distocias de presentación se encontraron en un 5.9%, ocupando el quinto lugar en indicación. La edad materna promedio fue de 28.7 años y la edad gestacional de 38 semanas. El 42.8% se presentó en primigestas. El 100% de los casos se diagnosticó por clínica y se corroboró en el 46% con estudios paraclínicos. La variante más frecuente de distocia fue la pélvica en un 71.5%, en el 28.5% restante se encontraron situación transversa y presentación de cara. En todos los casos la descripción detallada de la distocia de presentación se encontró en el expediente. El turno vespertino programó el 42.8% de las pacientes y el 57.2% restante en igual porcentaje entre el turno matutino y nocturno.

El sexto lugar en incidencia diagnóstica como causa de cesárea lo ocupa la enfermedad hipertensiva del embarazo con un 5.9% igual al presentado por las distocias de presentación. La edad promedio fue de 28.2 años y la edad gestacional varió desde la semana 31 a la semana 40, con un promedio de 35 semanas. Dentro de las variantes de la enfermedad hipertensiva que se programaron 2 fueron síndrome de HELLP, 2 hipertensión gestacional, eclampsia y preeclampsia sobreagregada en un caso respectivamente. Por la patología de fondo este es el grupo que mas datos clínicos y paraclínicos tuvo registrados, lo mismo que de gabinete, pero también es el grupo que tuvo peores resultados perinatales; el 28.5% de los recién nacidos pasó a UCIN y el 42.8% a cuidados especiales. La mayor programación se realizó en el turno vespertino con un 42.8% y en los turnos matutino y nocturno se encontró de 28.6% para cada uno.

Con el 4.2% del universo de estudio el séptimo lugar lo ocupó la falta de progresión del trabajo de parto, el promedio de edad de las pacientes fue 24.4 años y una edad gestacional promedio de 39 semanas. El 80% de los casos eran primigestas . Esta indicación controvertida por los datos registrados donde el 80% de las pacientes inició conducción con un Índice de Bishop menor a 4 puntos, en un tiempo promedio de 7 horas se programó a las pacientes sin indicar cuales eran las condiciones cervicales, la actividad uterina y el estado fetal al momento de la programación. El 80% de los recién nacidos pasó a cuidados especiales corroborando que no siempre en una cesárea se tienen los resultados perinatales deseados (3). El 80% de los casos se programó en el turno vespertino y el resto en el turno nocturno.

La inserción baja de placenta con un 3.3% se ubica en el octavo lugar de programación, la edad materna promedio es de 25.7 años, con una edad gestacional promedio de 33 semanas. El 50% de los casos eran secundigestas y el 25% respectivo para primigestas y trigestas. El diagnóstico se estableció en el 75% de los casos por ultrasonografía y el resto por sospecha clínica, la indicación fue la presencia de una placenta insertada anormalmente baja que inició con sangrado transvaginal, en todos los casos se corroboró la posición anómala de la placenta en el transoperatorio, lo único que no se encuentra reportado en el expediente por completo Es el protocolo de estudio en el 50% de los casos. Una paciente requirió de histerectomía obstétrica por sangrado incoercible del lecho placentario. Independiente a que este diagnóstico se establece principalmente por ultrasonografía y de preferencia la paciente debe de operarse en forma programada, el apoyo de la valoración clínica en los casos de urgencia es determinante para establecer el momento de la interrupción.

Ruptura prematura de membranas es la novena indicación de programación con 2.5%. La edad materna promedio fue de 25.3 años y una edad gestacional promedio de 31 semanas; en todas el diagnóstico se estableció desde su ingreso, todas contaron con protocolo de estudio completo y descrito en el expediente antes de la programación. El 66.6% se programó durante el turno matutino y el resto en el vespertino. El tiempo de latencia de la ruptura de membranas fue de 70 hrs. concordando con los hallazgos reportados (19).

## ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

La décima indicación con un 1.6% es el desprendimiento prematuro de placenta, este es un diagnóstico de urgencia en el cual encontramos un promedio de edad materna de 21 años. El dato descrito en el expediente como diagnóstico fue hipertensión uterina, ninguno de los casos se corroboró en el transoperatorio, por lo que al realizar un análisis de los datos de valoración durante el trabajo de parto no se encontró registro que lo sustentase, el promedio de peso de los recién nacidos fue de 2800g, no existieron complicaciones transoperatorias y un sangrado promedio de 500ml. Todos los casos se programaron en el turno nocturno.

La penúltima causa de indicación con un promedio de 0.8% fue el embarazo gemelar, que aunque no es una causa absoluta de cesárea en este hospital tradicionalmente se ha establecido su interrupción por vía abdominal, la edad materna fue de 33 años, la interrupción a las 34 semanas por inicio de trabajo de parto en una paciente que contaba con protocolo de estudio para embarazo gemelar y que al momento de su ingreso y programación contaba con todos sus estudios.

Por último, la doceava causa con un promedio igual al embarazo gemelar (0.8%) la distocia de contracción, se encontró con una edad materna de 29 años, en una paciente gesta tres con dos partos anteriores y un peso máximo de los recién nacidos anteriores de 3300g. A su ingreso con 39 semanas de gestación y trabajo de parto evolucionando de 3 a 7 cm en 4 hrs. Al momento de su programación no se describen los datos de urgencia ni de la distocia de contracción, pero se obtuvo un recién nacido con peso de 3800g por lo que falta descripción de los datos clínicos que justifican la cesárea con ese diagnóstico.

## VI. CONCLUSIONES

El porcentaje de cesáreas contra partos observado en el estudio fue de 45% contra 65%.

La falta de precisión en la valoración clínica de las pacientes y el registro de los hallazgos y evolución en el expediente clínico son las principales carencias para el fundamento diagnóstico a la hora de la programación principalmente en la desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo, falta de progresión en el trabajo de parto, desprendimiento prematuro de placenta y las distocias de contracción.

En las patologías en donde las normas de manejo se llevan más estrictamente, el índice de cesáreas es menor como en los estados hipertensivos del embarazo y la ruptura prematura de membranas.

El apoyo de estudios de gabinete que dan la certeza diagnóstica en casos como oligohidramnios, placenta previa, sufrimiento fetal agudo, enfermedades hipertensivas del embarazo han disminuido la capacidad analítica y deductiva de la clínica como parte de la integración diagnóstica.

De acuerdo al número de médicos por plantilla en cada turno el que mayor programación tiene es el turno vespertino con un 35%. En porcentaje total de cesáreas el turno matutino es el que mas pacientes programa.

Consideramos que todos los procedimientos deben de:

1. Seguir una norma de manejo.
2. Anotar todos los valores y hallazgos clínicos.
3. Colocar nota preoperatoria.
4. Analizar cuidadosamente los estudios de laboratorio y gabinete solicitados.

## VII. BIBLIOGRAFIA

1. Shehata A, Hashim T. Decrease in perinatal mortality and increase in caesarean section rates. *Int J of Gynecol Obstet* 1995; 48: 261-267.
2. Sakala C. Medically unnecessary caesarean section births: Introduction to a symposium. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1177-1198.
3. Francome C, Savage W. Caesarean section in Britain and the United States 12% or 24% is either the right rate? *Soc Sci Med.* 1993; 37: 1199-1218.
4. Paterson-Brown S, Fisk NM. Caesarean section: every woman's right to choose?. *C Op Obstet Gynecol* 1997;9: 351-355.
5. Eckerlund I, Gerdtham W. Estimating the effect of caesarean section rate on health outcome. Evidence from Swedish hospital data. *Int J Tech Health Care* 1999; 15: 123-135.
6. Velasco V, Navarrete E, Cardona JA, Madrazo M. Aspectos epidemiológicos de la operación cesárea en el IMSS. *Rev Med IMSS (Mex)* 1997; 35: 207-212.
7. Shearer E. Caesarean Section: Medical Benefits and Costs. *Soc. Sci Med* 1993; 37: 1223-1231.
8. Videla F, Satin A, Bart W, Handking G. Trial of labor. A disciplined approach to labor management resulting in a high rate of vaginal delivery. *Am J Perinat* 1995; 12: 181-183.
9. Myers S, Gleicher N. The Mount Sinai Caesarean Section Reduction Program: An update after 6 years. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1219-1222.
10. Koroukian SM, Trisel B, Rimm AA. Estimatin the proportion of unnecessary caesarean section in Ohio using birth certification data. *J Clin Epidem* 1998; 51: 1327-1334.
11. Katanozaka M, Yoshinaga M, Fuchiwaki K, Nagata Y. Measurement of obstetric conjugate by ultrasonic tomography and its significance. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 159-162
12. Peipert J, Hogan J, Gifford D, Chase E, Randall R. Strength of indication for caesarean delivery: Comparison of private physician versus resident service labor management. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 435-439.
13. Leitch CR, Walker JJ. The rise in caesarean section rate: the same indications but a lower threshold. *B J Obstet Gynecol* 1998; 105: 621-626.
14. Gregory KD, Ramicone W. Caesarean deliveries for medical patients: a comparison in public and private hospitals in los Angeles county. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 1177-1184.
15. Libroero J, Peiro S, Calderon SM. Inter.-hospital variations in caesarean section. A risk adjusted comparison in the Valencia public hospitals. *J Epidem Com Health* 2000; 54: 631-636.
16. Phelan JP, Ahn MO, Smith CV. Amniotic fluid index. *J Reprod Med* 1987; 32: 601-604.

17. Curtin SC, Martín JA. Births: preliminary data for 1999. *N Stat R* 2000; 48: 1-20.
18. Clark SL, Scott JR, Porter TF, Schlappy DA, McClellan V, Burton DA. Is vaginal birth after cesarean less expensive than repeat cesarean delivery?. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 599-602.
19. Vifalobos GA, Coutiño GM. Frecuencia de cesáreas en embarazos de término con ruptura prematura de membranas. *Ginecol Obstet Mex* 1998; 66: 452-455.