



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
LUIS CASTELAZO AYALA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“ Indicaciones de operación cesárea en mujeres primigestas con embarazo a término en la unidad médica de alta especialidad en Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala durante el 2007”.

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
TAMMY NA SHIELI BARRÓN MARTÍNEZ

ASESORES:

DR. GUILLERMO JIMÉNEZ SOLIS
DR. SERGIO ROSALES ORTIZ
DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ CHEQUER



México, D.F.

2010



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA

LUIS CASTELAZO AYALA

Dr. GILBERTO TENA ALAVÉZ

Director General

Dr. CARLOS EMIRO MORÁN VILLOTA

Director de Educación e Investigación en Salud

Dr. GUILLERMO JIMÉNEZ SOLIS

Director Médico

DEDICATORIAS

A Dios por haberme permitido vivir esta experiencia y guiarme por este camino.

A mis padres por haberme otorgado la vida, educarme para llegar a ser lo que soy ahora... gracias por su gran apoyo.

A mis hermanas Paty por tu gran apoyo y admiración, Erika por tu apoyo incondicional y Brenda mi gemela por ese gran apoyo y ejemplo que me diste durante todo este tiempo de mi preparación, gracias por tu tolerancia y por estar aquí.

A mis sobrinas Andy, Jessy, Marianita, Michelle y Melanie por aguantar mi ausencia física en muchos momentos importantes, por sus porras y su amor incondicional.

A mis primas Anzira, Lis, Teté por su apoyo, admiración y sus consejos para brindarme fuerza para seguir adelante.

A mis grandes amigas Ana Laura, Edelmira, Erika, Evelyn, Lupita, Deya por brindarme su amistad, apoyo, confianza y fortaleza.

A mis queridos compañeros Carlos, Lupita por acompañarme en esta experiencia y ser parte de una familia... gracias guardia A.

A mis queridos doctores, a cada uno de ustedes por brindarme y transmitirme su experiencia en las aulas, en el quirófano y en la vida, gracias colegas.

Cada persona, en su existencia, puede tener dos actitudes: construir o plantar. Los constructores un día terminan aquello que estaban haciendo y entonces les invade el tedio. Los que plantan a veces sufren con las tempestades y las estaciones, pero el jardín jamás para de crecer.

Autor: Paulo Coelho

ÍNDICE

Resumen.....	6
Antecedentes.....	7
Planteamiento del problema.....	9
Objetivos.....	10
Material y métodos.....	11
Aspectos éticos.....	12
Resultados.....	13
Discusión.....	15
Conclusiones.....	17
Bibliografía.....	18
Tablas.....	19
Anexos.....	21

INDICACIONES DE OPERACIÓN CESAREA EN MUJERES PRIMIGESTAS CON EMBARAZO DE TÉRMINO EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA LUIS CASTELAZO AYALA DURANTE EL 2007

OBJETIVO GENERAL

Identificar las indicaciones de la operación cesárea en mujeres primigestas de la UMAE en Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala.

MATERIAL Y METODOS

Se hizo un estudio observacional, retrolectivo, descriptivo, transversal. Se incluyeron a todas las mujeres primigestas que ingresaron a la UMAE en Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala a quienes se les realizó cesárea como procedimiento para interrupción del embarazo durante el periodo comprendido entre enero del 2007 y diciembre del 2007.

Toda la información se obtuvo a partir de la libreta de cirugías del año 2007 y consistió en edad materna y gestacional, paridad, indicaciones de cesáreas. La información se registró en una hoja de captación de datos y se analizó mediante pruebas estadísticas descriptivas. Los datos se representaron con medidas de tendencia central, cálculo de frecuencias por subgrupos dependiendo de la indicación de la cesárea así como de la edad gestacional y edad materna.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 6623 cesáreas de las cuales 2365 (37.5%) correspondieron a primigestas y de ellas 1988 (30%) cursaron con un embarazo a término. Las cinco principales causas de indicación de cesárea fueron: en primer lugar la desproporción cefalopélvica n=493 (25%) con una edad materna de 25 años con un rango de 13 a 44 años, la edad gestacional fue de 39 semanas con un rango de 37 a 44 semanas. En segundo lugar se encontró baja reserva fetal n=381 (19%) con una edad materna de 24 años con un rango de 12 a 43 años, con una edad gestacional de 39 semanas con un rango de 37 a 43 semanas. El tercer lugar se encontró falta de progresión de trabajo de parto n=242 (12%) con una edad materna de 25 años con un rango de edad de 12 a 44 años, la edad gestacional fue de 39 semanas con un rango de 37 a 41 semanas. En cuarto lugar se reportó enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo n=198 (10%) con una edad materna de 25 años con un rango de edad de 15 a 42 años, a edad gestacional fue de 38 semanas con un rango de 37 a 42 semanas. En quinto lugar se reporta oligohidramnios n=197 (10%) con una edad materna de 24 años con un rango de edad de 17 a 40 años, a edad gestacional fue de 39 semanas con un rango de 37 a 41 semanas.

CONCLUSIONES

La frecuencia de cesáreas en primigestas con un embarazo a término en la UMAE en Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala, durante el periodo comprendido entre enero del 2007 y diciembre del 2007 fue de 30%. Las causas englobadas como obstétricas fueron la primera causa de indicación de cesárea en primigestas con el 50,2%, de las cuales la desproporción cefalopélvica fue la más común. La mediana de la edad materna fue de 25 años. La edad gestacional de las pacientes primigestas fue de 39 semanas.

INTRODUCCIÓN

La palabra cesárea proviene de dos verbos de latín caedere y saecare, que significan cortar. En la roma imperial a los nacidos por vía abdominal, se les llamaba caesons o caesares. Sin embargo, el verdadero origen de esta palabra es polémico, ya que existen muchas versiones; la más popular es la de Julio César, quien llevó ese nombre por el útero escindido de su madre. Otro de los posibles orígenes, deriva de la ley romana, en la cual los césares imponían la extracción post mortem, para salvar al feto. Del 672 A.C. hasta el siglo XVI, la cesárea se practicaba sólo a las mujeres muertas si aún el feto se mantenía con vida. Fue hasta 1581, que el médico francés, Francois Rousset, recomendó este procedimiento en una mujer viva. En su obra, se establece que el útero no debía ser suturado, paradójicamente, nunca realizó ninguna cesárea. En 1610 en Alemania se realizó por primera vez por los cirujanos Trautmann y Seest pero el postoperatorio no fue satisfactorio (1).

En 1793, se realizó la primera cesárea exitosa en Inglaterra y un año después en Estados Unidos. Y hasta 1877, se realizó la primera cesárea en México. El éxito en este progreso se debió a la introducción de la anestesia y al control de la infección. Los alemanes Kehrer y Sãnger introducen en 1882, la plata y seda para sutura el útero. En 1926 Munto-Kerr, modifica la técnica de kerr introduciendo la incisión semilunar en el útero; la cual hasta la fecha sigue siendo la técnica ideal de histerotomía (2). En el siglo XXI, se han propuesto diferentes técnicas, no sólo para el ingreso a la cavidad abdominal, sino también, en el cierre de la histerotomía y de la pared abdominal, con el fin de mejorar la atención de la mujer sometida a dicha intervención (3).

La incidencia de cesáreas ha aumentado en los últimos 30 años y Latinoamérica tiene una de las tasas mas altas del mundo, llegando hasta el 50%. En México, la media nacional de operación cesárea fue de 28.58% en el periodo 1991-1995, 25.41% en 1999, 32.52% en el 2001 y 36% en el 2002, y a pesar de que, la Norma Oficial Mexicana, indica que el índice ideal recomendado es el 15% en hospitales de segundo nivel, y 20% en los de tercer nivel, se

observa que las tasa son mucho mayores en instituciones privadas. (4,5,6,7,8). La tasa de cesáreas asciende al 40% en Chile, en Puerto Rico 31%, y en Brasil del 30% (9, 10). En los Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000. En España según datos oficiales, en 1995 el porcentaje de cesáreas osciló en la medicina pública entre el 12 y 16%, mientras que encuestas recientes ofrecen porcentajes del 23% del total de nacimientos. En el Reino Unido los nacimientos vía cesárea pasaron de 3% en 1970 al 21% en el momento actual.

Los progresos registrados en los métodos de vigilancia fetal anteparto, resultado de una preocupación creciente por la salud perinatal, junto a un mejor control de las enfermedades maternas y la reducción de los riesgos anestésicos, infecciosos y quirúrgicos, inherentes al procedimiento, han contribuido a la amplia difusión de la operación cesárea como una herramienta que asegura la sobrevivencia del feto y de la madre en diversas condiciones de riesgo.

Sin embargo, en la actualidad, el aumento de cesáreas en la población general no aguarda proporción con la disminución de la mortalidad y morbilidad perinatal, por lo que no resulta comprensible que esta operación sea utilizada tan o más frecuentemente que la vía vaginal, y sin que signifique una mayor ventaja en las condiciones de los niños al nacer. Además la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal (11). La morbilidad en la cesáreas de primigestas en segundo estadio del trabajo de parto muestran un incremento en la morbilidad materna pero no en la neonatal, se observa un aumento en el tiempo quirúrgico, riesgo de cistotomía, y mayor dificultad quirúrgica afectando 2 de 100 mujeres (12). Estudios confirman que el aumento de cesáreas en primigestas se puede deber a un aumento de madres con edad materna avanzada por lo que se catalogan como embarazos de alto riesgo además de experimentar complicaciones en el embarazo y el trabajo. En varios estudios se tuvo el hallazgo de la asociación entre obesidad y aumento de las cesáreas. La obesidad aumenta directamente la incidencia de cesárea debido al incremento de riesgo del embarazo (enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes, macrosomía) que pueden resultar aumento del nacimiento por vía cesárea (13). Se ha reportado que la incidencia de cesáreas en primigestas en Estados Unidos Americanos fue del 18% en el 2002.(14),

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tendencia ascendente en la práctica de la operación cesárea es motivo de preocupación mundial por lo que surgen las siguientes preguntas.

¿Cuáles fueron las causas principales de indicación de una cesárea en una primigesta en el UMAE en Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala?

¿Cuáles fueron la edad materna y la edad gestacional en las pacientes primigestas con un embarazo a término sometidas a una operación cesárea en el año 2007?

OBJETIVO GENERAL

Conocer las indicaciones de la operación cesárea en primigesta en la UMAE en Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala en el 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer la edad materna en cada una de las indicaciones de cesárea.
2. Conocer la edad gestacional en cada una de las indicaciones de cesárea.

MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de estudio que se realizó fue un estudio observacional, retrolectivo, descriptivo, transversal de las cesáreas llevadas a cabo en primigestas en la UMAE de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala, durante el periodo comprendido entre enero 2007 y diciembre 2007.

El presente trabajo no se calculó un tamaño de la muestra ya que se incluyó a todas las primigestas sometidas a cesárea durante un el año 2007. De la libreta del quirófano se obtuvo el total de las pacientes primigestas con un embarazo a término a quienes se realizó una cesárea y se vaciaron en la hoja de captación de datos. Los datos obtenidos se ordenaron para su análisis estadístico por medio del programa SPSS versión 14. Los datos se presentaron con medidas de tendencia central con cálculo de frecuencias realizando análisis por subgrupos dependiendo de la causa de la cesárea agrupadas en los siguientes 4 grupos: obstétricas, fetales, maternas o relativas (ver tabla 1).

La edad materna y gestacional se reportaron como medianas y los rangos de cada grupo y subgrupo.

ASPECTOS ETICOS APLICABLES

El presente proyecto de investigación cumplió con los aspectos éticos de la investigación en seres humanos de acuerdo a los principios de la 18ª. Asamblea Médica Mundial de Helsinki de 1964, recientemente revisados en la 52ª Asamblea General en Escocia en octubre de 2000, y vertidos en el reglamento de la Ley General de Salud. El tipo que esta investigación coincide con lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, artículo 17, inciso I: Investigación sin riesgo, ya que solamente se captará la información y no se tuvo contacto con el paciente.

La presente tesis fue sometida a evaluación por el comité local de investigación de esta UMAE siendo autorizada con el número de registro: R-2009-3606-6.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendió de enero 2007 y diciembre del 2007 en la UMAE en Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala se realizaron un total de 6623 cesáreas de las cuales 2365 (37.5%) cesáreas fueron en primigestas y de estas 1988 (30%) con un embarazo de término. Durante la recolección de datos se encontraron 41 indicaciones diferentes las cuales se agruparon en 4 grupos dependiendo de la causa en: obstétrica, fetal, materna y relativa; de esta manera solo quedaron 16 indicaciones diferentes las cuales se observan en la Tabla 1. En el grupo de indicaciones obstétrica se agrupó las distocias durante el trabajo de parto, falta de progresión de trabajo de parto, ruptura prematura de membrana con y sin trabajo de parto, inducto-conducción fallida, anomalías placentarias dentro de las cuales se incluyeron desprendimiento de placenta normoinserta, placenta central total e inserción baja de placenta. En el grupo de indicaciones fetales se agruparon baja reserva fetal donde se incluyó sufrimiento fetal, bradicardia y taquicardia; anomalías de presentación y/o situación como transversa, oblicua, pélvico, presentaciones compuestas; oligohidramnios en la cual se incluyeron los anhidramnios; polihidramnios, malformaciones fetales de cualquier tipo y embarazos múltiples. En las enfermedades maternas se agruparon asmáticas, diabéticas tipo 1,2 y gestacionales, hipertensas crónicas, enfermedades cardíacas, enfermedades de la colágena. En el rubro de enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo se agruparon eclampsia, preeclampsia leve y severa, hipertensión gestacional leve y severa, síndrome de HELLP. En el último grupo de cesáreas relativas se agrupó la tipo electiva y las pacientes con antecedente de miomectomias.

Las causas obstétricas fueron el motivo más frecuente de la indicación de cesárea comprendiendo la mitad de todas ellas, predominando la desproporción cefalopélvica dentro de este rubro y ocupando la cuarta parte de todas las cesáreas que se realizaron.

Las causas fetales comprendieron la segunda indicación más frecuente de cesárea y representaron más de la tercera parte de todas las realizadas, siendo la baja reserva fetal la indicación más común ocupando incluso el segundo lugar en frecuencia de todas las causas generales.

Las causas maternas y las causas relativas en conjunto correspondieron la octava parte de todas las cesáreas, no obstante la enfermedad hipertensiva del embarazo ocupó el cuarto lugar de todas ellas y comprendió aproximadamente el 10% de cesáreas.

En referencia a las edades materna y gestacional en las primigestas sometidas a cesárea de acuerdo a sus indicaciones se apreció que fueron similares independientemente del motivo que ocasionó la cesárea, cabe señalar que los rangos de edad, salvo en 2 diagnósticos, incluyeron desde adolescentes hasta la cuarta y quinta década de la vida.

En lo que respecta a la edad gestacional en el resto de las indicaciones se apreció que presentaron una edad gestacional semejante.

DISCUSIÓN

En el estudio se encontró un índice de cesáreas en primigestas con embarazo a término de 30% comparado con la literatura anglosajona que reportan un índice de 18%, colocándonos en un rango mas alto debido a las diferencias entre ambas poblaciones, como constitución física, escolaridad, y medio socioeconómico. Es importante recalcar que la OMS concluye que cuando las tasas de cesárea se encuentran por debajo del 15% en los países menos desarrollados se incrementa el riesgo de muerte, mientras que en los países más desarrollados una tasa superior al 15% incrementa los riesgos sobre la paciente en comparación con los beneficios recibidos. Sin embargo a pesar de que en la UMAE en Ginecología y Obstetricia la tasa de cesáreas fue superior al 15% no se incrementó la mortalidad y la morbilidad fue baja presentando solo algunos casos de hemorragias obstétricas debido a que las pacientes eran primigestas y no tenían cirugías previas, es importante recalcar que existe una tendencia al incremento del acretismo placentario y una segunda cesárea en estas pacientes. En la revista del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricias se menciona un índice ideal actual del 29%, y la norma oficial de México menciona un índice mayor del 20% para un hospital de esta índole, el pensamiento de un porcentaje bajo, se debe a un simple cuestionamiento; que los partos son seguros y están asociados a una morbimortalidad materna y fetal disminuida y un costo menor que el de la cesárea. En México la posibilidad de fallecer durante la gestación, el parto o el puerperio, entre las mujeres de 25 y 34 años comprende una tasa de 3.5% representando la octava causa de mortalidad.

Las principales indicaciones de cesáreas en primigestas fueron 1º causas obstétricas, 2º causas fetales, 3º causas maternas y finalmente causas relativas. Dentro de la primera causa obstétrica se desprende la desproporción cefalopélvica en donde la pelvimetría no es útil para predecir una falta de progreso de trabajo y no debe ser usada para tomar decisiones en la vía de terminación de la gestación. Las condiciones físicas maternas no deben ser relacionadas con el peso estimado del feto y la posibilidad de una falta de progreso del trabajo de parto. Lo que es importante es realizar adecuadamente una prueba de trabajo de parto en la cual debe durar seis horas y con un trabajo de parto regular, así como la consciencia de cada médico ginecólogo para disminuir el índice de cesáreas en el hospital.

En la literatura Sueca se encontró que la primera causa de cesáreas en primigestas era baja reserva fetal, en segundo lugar se reportó distocias en el trabajo de parto y el tercer lugar cesárea electiva a comparación del estudio que reportó desproporción cefalopélvica, baja reserva fetal y falta de progresión de trabajo de parto, por lo anterior se puede decir que la constitución física, escolaridad, la planificación familiar de las dos poblaciones es totalmente diferente y que la tecnología con el fácil acceso es muy diferente a la que se tiene en este hospital.

La edad materna promedio de las pacientes primigestas que fueron sometidas a una cesárea fue de 25 años siendo en la literatura anglosajona de 27 a 28 años en promedio de lo anterior se puede decir que existen diversas situaciones como el nivel educativo, accesos a servicios de salud y el nivel socioeconómico de nuestra población que hacen dicha diferencia mínima de edades.

Conocer el comportamiento de la práctica de la cesárea constituye el primer paso para enfrentar el enorme reto que implica la reducción de la tasa de cesáreas.

Es importante realizar esfuerzos para reducir el índice de cesárea en primigestas en nuestra población ya que se aumenta la morbimortalidad y se le condena a la paciente su futuro obstétrico a una segunda cesárea.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de cesáreas en primigestas en la UMAE de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala, durante el periodo comprendido entre enero 2007 y diciembre 2007 fue de 30%.
2. Las causas obstétricas son la primera causa de indicación cesárea en primigestas con 50,2% la más común la desproporción cefalopélvica.
3. La mediana de la edad materna en las pacientes primigestas en todas las indicaciones de cesáreas fue de 25 años y de la edad gestacional fueron de 39 semanas.

BIBLIOGRAFIA.

1. Villanueva E. Operación Cesárea: Una perspectiva integral. Rev Fac Med UNAM 2004;47:246-50.
2. Lurie S, Glezeman M. The history of cesarean technique. Am J Obstet Gynecol 2003;189:1803-6.
3. Karchemer S. Obstetricia y medicina Perinatal. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2006. Artículo 57.
4. Secretaría de Salud. Boletín de información estadística de México 2001;19.
5. Secretaría de Salud. Boletín de información estadística de México 2002;20.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-007-“SSA”-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
7. Crespo E, Rodriguez J. Manejo activo del trabajo de parto con índice de cesáreas de 6.4% y muy buenos resultados materno-fetales. Ginecol Obstet Mex 2002;70:551-7.
8. Sereno J. Razones en pro y en contra de la operación cesárea. Ginecol Obstet Mex 1999;67:353-5.
9. Cárdenas R. complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia en México: tendencias, niveles y factores asociados. Sal Pub Mex 2004;46:16-22.
10. Cabezas GE y cols. Comportamiento de la cesárea en la SSA durante 1990-1995. Ginecol Obstet Mex 1998;66:335.
11. Danforth DN. Cesarean section: state of the art/review. JAMA 1985;253:811-818.
12. Alexander JM, Leven KJ, Rouse DJ, Landon MB. Comparison of maternal and infant outcomes from primary cesarean delivery during the second compared with first stage of labor. Obstet Gynecol 2007;109:917–21.
13. Ford J, Mikolajczyk R, Meilke S, Zhang J. Primary cesarean delivery among parous women in the United States, 1990-2003. Obstet Gynecol 2008;112:1235-41.
14. Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Maternal risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991-2002. Am J Public Health 2006;96:867-872.

TABLAS

Tabla 1. Indicaciones de cesáreas en mujeres primigestas en la UMAE durante el periodo el 2007 de acuerdo a sus causas.

	Casos	Lugar
CAUSAS OBSTETRICAS		
Desproporción cefalopélvica	493 (24,80%)	1º
Falta de progresión de trabajo de parto	242 (12,17%)	3º
Ruptura prematura de membranas	107 (5,38%)	7º
Inducto-conducción fallida	99 (4,98%)	8º
Periodo expulsivo prolongado	40 (2,01%)	10º
Anomalías placentarias	17 (0,86%)	11ª
Subtotal	998 (50,20%)	
CAUSAS FETALES		
Baja reserva fetal	381 (19,16%)	2º
Oligohidramnios	197 (9,91%)	5º
Anomalías de situación y presentación	140 (7,04%)	6º
Embarazo múltiple	10 (0,50%)	13º
Malformaciones fetales	6 (0,30%)	14º
Polihidramnios	2 (0,10%)	15º
Subtotal	736 (37,02%)	
CAUSAS MATERNAS		
Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo	198 (9,96%)	4º
Enfermedad materna	42 (2,11%)	9º
Subtotal	240 (12,07%)	
CAUSAS RELATIVAS		
Cesárea electiva	13 (0,65%)	12º
Antecedentes quirúrgicos en útero	1 (0,05%)	16º
Subtotal	14 (0,70%)	
TOTAL	1988 (100%)	

Tabla 2. Edad materna y gestacional en las indicaciones de cesáreas en mujeres primigestas en la UMAE durante el 2007.

Lugar	Diagnóstico	Edad Materna	Edad gestacional
1 ^o	Desproporción cefalopélvica	25 (13-44)	39 (37-44)
2 ^o	Baja reserva fetal	24 (12-43)	39 (37-43)
3 ^o	Falta de progresión de trabajo de parto	25 (12-44)	39 (37-41)
4 ^o	Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo	25 (15-42)	38 (37-42)
5 ^o	Oligohidramnios	24 (17-40)	39 (37-41)
6 ^o	Anomalías de situación y presentación	25 (16-38)	39 (37-41)
7 ^o	Ruptura prematura de membranas	27 (13-44)	39 (37-41)
8 ^o	Inducto-conducción fallida	26 (16-38)	39 (38-41)
9 ^o	Enfermedad materna	29 (18-40)	38 (37-41)
10 ^o	Periodo expulsivo prolongado	24 (17-36)	39 (37-42)
11 ^o	Anomalías placentarias	24 (18-38)	39 (37-40)
12 ^o	Cesárea electiva	29 (13-41)	39 (37-41)
13 ^o	Embarazo múltiple	23 (19-35)	37 (37-40)
14 ^o	Malformaciones fetales	28 (22-37)	39 (38-42)
15 ^o	Polihidramnios	20 (19-20)	38 (37-38)
16 ^o	Antecedentes quirúrgicos en útero	34 (34-34)	39 (39-39)
	Mediana (mínimo-máximo)	25 (12-44)	39 (37-43)

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INDICACIONES DE OPERACIÓN CESAREA EN MUJERES PRIMIGESTAS
CON EMBARAZO DE TÉRMINO EN LA UNIDAD DE ALTA ESPECIALIDAD
MEDICA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA LUIS CASTELAZO AYALA
DURANTE EL 2007

NOMBRE: _____

AFILIACION: _____

EDAD: _____ AÑOS

GESTAS _____

SEMANAS DE GESTACION _____ SDG

INDICACION _____

TRABAJO DE PARTO SI _____ NO _____