

11217 153

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

*Lej*

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
THE AMERICAN BRITISH COWDRAY HOSPITAL



*Lozano*

INDICACIONES Y FACTORES PREDISPONENTES  
PARA LA REALIZACION DE CESAREA A  
MUJERES EN TRABAJO DE PARTO

*[Handwritten signature]*



TESIS DE POSGRADO  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
E S P E C I A L I S T A E N  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A  
DRA. ANA SOCORRO TOSCANO FLORES  
ASESOR: DR. EDUARDO IBARROLA BUENABAD

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*[Handwritten signature]*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Muy especialmente para H, AM, LG y H, gracias  
por su apoyo, tolerancia y cariño todos estos años.

A todos mis maestros por su tiempo y paciencia.

El amor eterno no existe,  
no existe el te amo para siempre.

Adivina,  
qué es lo conocido?

## **INDICE**

INTRODUCCION. . . . .	1
TECNICA QUIRURGICA. . . . .	8
MANEJO PERIOPERATORIO. . . . .	10
JUSTIFICACION. . . . .	12
OBJETIVOS. . . . .	13
MATERIAL Y METODOS. . . . .	14
RESULTADOS. . . . .	15
DISCUSION. . . . .	20
CONCLUSIONES. . . . .	23
ANEXOS. . . . .	26
BIBLIOGRAFIA. . . . .	27

## INTRODUCCION.

La operación cesárea es el procedimiento quirúrgico por el cual se permite el nacimiento del producto a través tanto de la pared abdominal como uterina; esta definición no incluye aquellos casos en los que se realiza la extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de ruptura uterina o embarazo abdominal.

Históricamente existen registros de la realización de procedimientos semejantes en Egipto 3000 años antes de Cristo.

Su origen es realmente obscuro, de acuerdo a la leyenda Julio César nació de esta manera, derivándose de ahí el nombre de la cirugía, sin embargo, se menciona que el término emana del régimen de Pompilio II en 730 antes de Cristo, quien decretó que ninguna mujer embarazada que muriera podría ser enterrada hasta que el producto fuera removido del útero.

La palabra cesárea se derivó en la edad media del verbo latino "caedere", que significa cortar.

Existen múltiples referencias al procedimiento en el Talmud, entre el segundo y sexto siglos después de Cristo. La cesárea en una mujer viva fue por primera vez realizada y a partir de ese momento llamada con este término, a raíz del trabajo descrito por Francois Roussert en 1581.

Es hasta el siglo XX en que se amplía su uso con grandes complicaciones para la madre debido al poco conocimiento anatómico de los cirujanos, el riesgo aumentado de infección, material quirúrgico inadecuado y anestesia insegura.

Durante este siglo los avances quirúrgicos, la existencia de bancos de sangre, terapia antibiótica, seguridad anestésica y mayor atención a la técnica aséptica, llevaron a una gran disminución en el

riesgo materno, convirtiendo al procedimiento en una alternativa razonable para el parto vaginal en algunas indicaciones especiales.

El intento primordial de la atención obstétrica siempre ha sido el nacimiento de un bebé sano con el mínimo riesgo para la madre, sin importar la vía por la cual se lleve a cabo.

Las indicaciones más frecuentes para la cesárea son:

- \* Procedimientos repetidos.
- \* Distocia o falta de progresión del trabajo de parto.
- \* Presentación pélvica.
- \* Sufrimiento fetal agudo.

El cuestionamiento de las indicaciones y el momento del nacimiento por cesárea han causado gran controversia en la opinión médica en los últimos 40 años.

La adquisición de la habilidad quirúrgica y el advenimiento de la seguridad que ofrece actualmente la realización del procedimiento, ha hecho que se abandonen los partos traumáticos con fórceps medios, trabajos de parto prolongados e inútiles y riesgosas manipulaciones vaginales, técnicas ampliamente utilizadas en el pasado.

Además, en los últimos 15 años, en que la atención al recién nacido grave, ya sea por prematuridad, trauma o sufrimiento fetal, ha progresado en forma muy notable y que el monitoreo fetal transparto y la valoración prenatal adecuada de la salud fetal han alentado el incremento de los nacimientos por vía abdominal.

Dados estos hechos, un rango que se había mantenido estable entre el 2 y el 5%, entre 1940 y 1965, se incrementó hasta un 25% al

principio de los años 80; una de las principales y más frecuentemente mencionadas razones que explican este incremento tan importante, es la disponibilidad de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, que permite la sobrevivencia de recién nacidos graves o prematuros. (1,2).

Otro evento importante es el cambio en el manejo de la vía de nacimiento de fetos en presentación pélvica, lo que representa un incremento en el 20% del índice total de cesáreas, ya que actualmente como se ha mencionado, dicha presentación se considera indicativa del procedimiento en la mayoría de los casos (7).

Sin embargo, algunas otras indicaciones han permanecido sin cambios como la situación transversa o la presentación de cara.

La distocia e inercia uterinas han sido de gran impacto en el manejo obstétrico del nacimiento por vía abdominal; ya que la falta de progresión del trabajo de parto o patrones anormales del mismo están muy frecuentemente asociados a la toma de decisión para la realización de una cesárea. (12,14).

La aparición de técnicas cada vez más complejas para valorar el comportamiento fetal prenatal, han hecho que esta intervención quirúrgica sea cada vez más comúnmente utilizada para resolver los casos que pudieran estar asociados a sufrimiento fetal agudo.(3,4).

Basándose en esto, la realización de cesáreas por sufrimiento fetal agudo representa un 10 a 15% del aumento global en el índice de las mismas.

De las misma manera las cesáreas de repetición, aún con la consideración de que más de un 65% de las pacientes con cesárea previa pueden llevar a cabo un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores a una cesárea, (5,6,9) con muy poco o ningún riesgo de ruptura uterina (10, 13,19), se observa gran renuencia para ofrecer la oportunidad del trabajo de parto en algunos sectores de la práctica médica, principalmente en obstetras de mayor edad y con más años de práctica, encontrándose mayor aceptación en aquellos menores de 40 años y menos de 10 años de experiencia profesional. (1).

En los Estados Unidos, el 24% de los nacimientos se llevan a cabo por cesárea, y una de cada tres de éstas son por cesárea de repetición a pesar de que múltiples estudios, han demostrado que el parto vaginal es una opción apropiada que ayudaría a disminuir el número de nacimientos por vía abdominal. (10,16).

Se ha confirmado además, que el riesgo de complicaciones y muerte se reduce notablemente y disminuye costos y días de estancia intrahospitalaria (10).

Con todo lo anterior y teniendo en mente que la mayoría de las razones para efectuar una cesárea están encaminadas a la prevención de trauma materno-fetal, existen riesgos inherentes a la técnica; el riesgo de muerte materna por procedimiento ha disminuído tanto como de 582 por 100 000 nacimientos hasta 5.8 por 100 000 en las últimas dos décadas, mencionándose un riesgo



relativo de 7 para mortalidad materna por cesárea comparada al parto vaginal (1,2).

Aún en la actualidad, de los mayores inconvenientes para pacientes a quienes se realiza cesárea son los riesgos anestésicos, infecciosos y eventos tromboembólicos, vistos afortunadamente en índices muy bajos (17).

Ha disminuído notablemente la neumonía por aspiración postoperatoria, prácticamente desapareciendo, gracias al uso de antiácidos preoperatorios y anestesia regional.

Convencionalmente se deja como decisión propia del anesestiólogo la técnica anestésica empleada y ésta varía si se trata de una cesárea electiva o si se realiza de urgencia.

Recientemente el efecto del nacimiento por cesárea en la familia, en la adaptación materno-fetal y el desarrollo subsecuente del niño ha sido evaluado.

Algunos estudios han reportado actitudes negativas de madres con nacimientos por cesárea, lo que no es sorprendente basándose en la teoría de la desilusión materna de no haber tenido un parto vaginal, considerado como la vía normal del nacimiento (20).

Finalmente los aspectos legales, han orillado al ginecoobstetra, en un afán autoprotector, a elevar aún más la cantidad de nacimientos por vía abdominal, basados en la idea de una mejor calidad de atención a la paciente.

Esto sin embargo, ha llevado a obtener productos prematuros con mayor riesgo de Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido en embarazos con control prenatal inadecuado, y ha

demostrado, en los embarazos a término, que no existe una mayor relación con el Síndrome de Dificultad Respiratoria iatrogénico en cesáreas electivas de repetición, lo que en tiempo pasado relacionaba a la Taquipnea Transitoria del recién nacido con el procedimiento. (1,15).

El trabajo de parto y el nacimiento por vía vaginal, es el proceso fisiológico que representa un beneficio inmunológico para el neonato, generando valores mayores en las cantidades de neutrófilos, monocitos y células asesinas naturales; así como de cortisol y catecolaminas circulantes. (11).

No deja de reconocerse que existen indicaciones válidas mundialmente para efectuar una cesárea, tales como:

- \* Antecedentes de cesárea o cicatriz uterina previa.
- \* Desproporción cefalopélvica.
- \* Presentación pélvica.
- \* Embarazo gemelar.
- \* Placenta previa.
- \* Primigesta adolescente. (7,17)

Las condiciones para la realización de una cesárea de urgencia se consideran absolutas.

Consideremos algunas explicaciones que resuman el por qué del aumento en el índice de cesáreas de los últimos años:

La PARIDAD REDUCIDA, ya que más de la mitad de las mujeres embarazadas son nulíparas.

MUJERES DE MAYOR EDAD ESTAN TENIENDO HIJOS, en los Estados Unidos aproximadamente en 25% de los nacimientos ocurren en mujeres de 30 años o más.

El uso extenso del MONITOREO FETAL ELECTRONICO, asociado a la detección temprana de sufrimiento fetal o insuficiencia placentaria.

La PRESENTACION PELVICA, que desde hace algunos años se considera su resolución electivamente por cesárea, al ofrecer el mayor beneficio con menor riesgo tanto para la madre como al feto.

Los aspectos LEGALES que tanto afectan a la práctica médica, obligando a los obstetras a protegerse de posibles demandas.

Los factores SOCIOECONOMICOS, tienen un rol significativo en el incremento del índice de cesáreas, se reporta una diferencia del 10% entre mujeres con mayores recursos, al compararlas con aquellas que tienen un ingreso anual menor a \$11,000.- dólares, esto en los Estados Unidos (1, 4, 7, 13)

#### TECNICA QUIRURGICA.

Esta depende en mucho de la indicación del procedimiento, tanto para la incisión de la pared abdominal como de la pared uterina.

La utilización de la llamada incisión clásica del cuerpo uterino, realizada entre el segmento y el fondo uterino, se encuentra muy limitada debido al gran sangrado y aumento en la incidencia de ruptura uterina en gestaciones posteriores.

La mayor parte de las veces la incisión se realiza segmentaria transversal baja (Monroe/Kerr) y algunas veces segmentaria vertical descrita por Kronig y Selheim.

Comunmente, la incisión que se realiza a pacientes con "segmento adelgazado" que tuvieron horas previas en trabajo de parto, lo que incluye dilatación y borramiento en ocasiones completos, es la segmentaria transversal baja.

Pacientes que se encuentran en trabajo de parto prolongado y han desarrollado como complicación la presencia de anillo de retracción, deben ser valoradas como candidatas para la realización de una incisión vertical.

Para la incisión de la pared abdominal también existen indicaciones precisas; una incisión infraumbilical vertical sobre la línea media es la más rápida y permite la extracción del producto de la cavidad con mayor facilidad, lo que es de vital importancia al realizar una cesárea de urgencia.

Con la incisión modificada de Pfannenstiel, la piel y el tejido celular subcutáneo son incididos usando un corte curvilíneo transversal bajo, hecho a nivel de la línea del vello púbico; se disecciona fascia de músculo para exponer cavidad, siendo esto la diferencia con la incisión de Maylard que toma fascia y músculo en 1 solo tiempo; ambas incisiones son de mayor apreciación estética y son utilizadas cuando el tiempo y las características obstétricas del caso lo permiten .

Para pacientes sumamente obesas se ha descrito la incisión abdominal paramedia Wisser, la cual funciona de manera excelente para entrar cuando existe exceso de páncreo adiposo (1,2).

Tradicionalmente la histerorrafia ha sido realizada en 2 planos, argumentándose para este hecho mejor hemostasia y cicatrización adecuada; sin embargo, se ha demostrado que la técnica de histerorrafia en un solo plano tiene ventajas en cuanto a tiempo quirúrgico y sangrado, además de complicaciones y morbimortalidad sin diferencia significativa estadísticamente (5,8).

## MANEJO PERIOPERATORIO.

La paciente que será sometida a una cesárea de repetición puede ser admitida al hospital un día previo a la cirugía, en caso de que fuera necesario repetir valores de hematocrito o valoración preanestésica. Deberá contarse con ayuno por lo menos de 8 horas antes de la cirugía, en caso contrario se administra antiácido momentos antes del acto quirúrgico, lo que minimiza el riesgo de daño de vía aérea o pulmón, debido a aspiración de ácido gástrico, independientemente del tipo de anestesia utilizada.

Por lo general deben administrarse 3 lt de soluciones por las primeras 24 horas postoperatorias; la sonda vesical se retira 12 horas postoperatorias y en ocasiones en el postoperatorio inmediato. La movilización de las pacientes postcesárea debe ser muy rápida para favorecer la circulación venosa periférica y evitarse posibles eventos embólicos pulmonares.

La valoración del hematocrito postoperatorio se reserva para aquellas pacientes que tuvieron sangrado profuso trans o postoperatorio.

Se reporta una incidencia del 6.9% en los Estado Unidos y del 2% en México de infección de la herida quirúrgica, relacionada al estrato socioeconómico de la paciente; sin embargo, la morbilidad febril se ha visto muy reducida con el uso de terapia antimicrobiana profiláctica. (16,18) A las pacientes con sospecha clínica o

diagnóstico de corioamnionitis debe administrárseles esquema antibiótico completo.

El alta hospitalaria se considera entre el tercer y cuarto día postoperatorio cuando no existen complicaciones.

De éstas se mencionan con mayor frecuencia, absceso de pared, infección de vías urinarias, infección de vías respiratorias; siendo extremadamente raros los eventos tromboembólicos. (1,2)

## JUSTIFICACION.

Conocer los factores determinantes que hacen que un nacimiento se lleve a cabo por cesárea en mujeres que se admiten a la sala de labor del Hospital ABC, con trabajo de parto establecido.

Comparar las indicaciones para la realización del procedimiento con la literatura.



## **OBJETIVOS.**

- 1. Conocer la cantidad y frecuencia de cesáreas realizadas a mujeres con trabajo de parto establecido.**
- 2. Determinar riesgos materno-fetales durante este tipo de procedimientos.**
- 3. Identificar pacientes que constituyan un grupo de riesgo.**
- 4. Conocer la razón fundamental que determina el índice de cesáreas del Hospital ABC.**

## MATERIAL Y METODOS

Se revisaron todos los expedientes de las cesáreas realizadas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital ABC, del primero de enero de 1994, al primero de enero de 1995.

Se incluyeron a todas aquellas pacientes que ingresaron a sala de labor, con trabajo de parto establecido y cualquier edad gestacional.

Se excluyeron todas las pacientes programadas específicamente para la realización de cesárea, independientemente de la indicación del procedimiento.

## RESULTADOS.

En el periodo estudiado, hubo 1715 nacimientos, 879 (51.2%) fueron por vía vaginal y 836 (48.8%) por cesárea. (FIG.1)

De los 836 expedientes analizados, 141 cesáreas (16.68%), fueron realizadas a pacientes que se encontraban en trabajo de parto; siendo el resto: 695 (83.32%) de manera programada. (FIG. 2)

La edad materna promedio fue de 28.6 años, encontrándose una mínima de 18 y una máxima de 42 años.

Las cesáreas del grupo estudiado, se realizaron a las 38 semanas de gestación en promedio; teniéndose una edad gestacional mínima de 33 y una máxima de 41.2 semanas (TABLA 1).

El 66% de las pacientes eran primigestas (93 casos), 27 pacientes (19%) contaban con 2 gestaciones, 10% del total tenían 3 embarazos y 8 pacientes (6%) cuatro o más gestas. (FIG.7).

Trece pacientes de las 141 , tenían el antecedente de cesárea previa, lo que equivale al 9.2% del total; sin embargo, al considerar

que únicamente 48 pacientes contaban con más de un embarazo, las trece pacientes con cesárea previa representan el 27% de las pacientes a las que se les permitió la opción de un trabajo de parto posterior. (FIG.7 Y 8).

De ellas, 12 pacientes tenían una cesárea previa y sólo una de ellas contaba con tres cesáreas anteriores.

De las pacientes admitidas a sala de labor en trabajo de parto y que finalizaron con cesárea; 94, se encontraban en la fase activa, lo que equivale al 67% del total y 47 (33%), en fase latente del mismo.

106 pacientes (75%) fueron conducidas durante el trabajo de parto con oxitocina y 35 (25%) se mantuvieron en libre evolución del mismo.

El peso de los productos obtenidos varió entre un mínimo de 1550 g. y un máximo de 4175 g. (TABLA 3).

Se reportaron 14 casos de complicaciones fetales:

- \* 12 casos de Síndrome de Dificultad Respiratoria ( 11 Taquipnea Transitoria del Recién Nacido y 1 caso de Membrana Hialina).

- \* 1 caso de Sepsis Neonatal.

- \* 1 caso de Trauma obstétrico.

Estos pacientes requirieron de manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con estancia mínima de 5 días y máxima de 30 días.

Se identificaron 16 casos en los que existió compromiso del cordón umbilical:

1. Circular a cuello, en 9 casos.
2. Circular a cuello y nudo verdadero de cordón en 2 pacientes.
3. Doble circular de cordón.
4. Nudo verdadero.
5. Brevedad de cordón.
6. Circular a cuello con presentación compuesta.
7. Cordón en charretera.

Estos últimos cinco hallazgos, se presentaron en 1 caso cada uno.

La calificación de Apgar tuvo una moda de 8/9. 1 caso de los 141 analizados nació con calificación de 0 y no respondió a las maniobras de resucitación.

En cuanto a morbilidad materna, se encontraron 2 casos de corioamnionitis, de éstos, una paciente cursó con tromboflebitis séptica pélvica; se presentaron 8 casos de síndrome febril postoperatorio.

Los días de estancia intrahospitalaria materna fueron mínimo de 3 y máximo de 13 (esto último en el caso de la paciente con tromboflebitis séptica).

El 100% de las cesáreas realizadas fue segmentaria transversal tipo Kerr.

En 3 casos fue necesario el uso de anestesia general; en el resto de las pacientes se utilizó de manera satisfactoria el Bloqueo Peridural.

El promedio de horas de trabajo de parto fue de 5.4 horas, con una mediana y una moda de 4 horas.

El tiempo mínimo de trabajo de parto fue de 0.5 horas y el máximo de 20 horas, el error standard se describió como de 0.3 (TABLA 3).

Por una gran diferencia, las causas maternas superan a las causas fetales como indicación del procedimiento.

Las principales indicaciones para la realización de cesárea a estas pacientes fueron:

1. **NO PROGRESION DEL TRABAJO DE PARTO** en 90 pacientes (64%), incluyéndose en este grupo a las pacientes con dilatación y borramiento completos en periodo expulsivo, siendo éstos 11 casos, el 7.8% del total.

2. **EI SUFRIMIENTO FETAL AGUDO** se diagnosticó en 28 pacientes, lo que constituye el 20%, cabe mencionar que todas las pacientes incluidas en el estudio, se encontraban con monitoreo cardiotocográfico externo continuo y el seguimiento del trabajo de parto fue registrado en el formato de partograma convencional utilizado en el Hospital ABC.

3. Los datos obtenidos por medio del monitoreo cardiotocográfico externo continuo, llevaron al diagnóstico de **INSUFICIENCIA PLACENTARIA** en 9 de los casos, lo que corresponde al 6%.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

4. En 4 pacientes se diagnosticó Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera; el 50% (2 casos) se encontraba con conducción del trabajo de parto. El grado de desprendimiento varió entre el 30 y 60% de la totalidad de la placenta.

Dos de los productos obtenidos desarrollaron Síndrome de Dificultad Respiratoria Leve y el promedio de días de estancia intrahospitalaria en la UCIN fue de 10.

5. El **PROLAPSO/PROCUBITO** de cordón umbilical constituye el 2% de las causas y ocurrió en 3 pacientes de las analizadas.

6. En 2 casos se presentó placenta de inserción baja.

7. Entre otras indicaciones, que sumadas constituyen el 3% del total, se incluyen:

- Presentación pélvica, (1 caso), diagnosticado durante el trabajo de parto.
- 1 caso de preeclampsia leve que se agravó.
- Cardiopatía materna con descompensación hemodinámica en 1 caso.
- 2 casos en pacientes, que a pesar de encontrarse en fase de aceleración máxima del trabajo de parto, solicitaron la realización de una cesárea electiva. (FIG.4).
- 139 casos fueron embarazos únicos y se registraron 2 embarazos gemelares.

## DISCUSION.

Con la obtención de los resultados y evaluación de los mismos, se discutirán a continuación los siguientes puntos:

El grupo de pacientes estudiado es muy heterogéneo, con edad mínima de 18 años y máxima de 42; el mayor porcentaje de ellas fueron primigestas.

Dentro de los hallazgos más importantes, se incluye el hecho de que de las pacientes con más de una gestación, solo 13 tenían el antecedente de cesárea previa, lo que demuestra, que la consideración de ofrecer a este grupo de pacientes el intento de un parto vaginal después de una cesárea se encuentra limitado. Aún cuando se reporta éxito de entre el 60 y 80% de los casos seleccionados. (6).

Un índice de cesáreas del 48.8 %, es un hallazgo que se considera relevante, cuando se compara con el índice reportado por la literatura, que como máximo menciona hasta el 25%. (9).

En cuanto a las indicaciones, coinciden los resultados de este estudio con la literatura al reportar que la no progresión del trabajo de parto, ocurrida en este caso en el 64% de las pacientes, constituye la principal indicación para la realización de cesáreas



de parto, ocurrida en este caso en el 64% de las pacientes, constituye la principal indicación para la realización de cesáreas durante el trabajo de parto. En este punto consideremos que el 75% de las pacientes se encontraba con conducción del trabajo de parto y sólo una tercera parte se dejó a libre evolución, lo que no corresponde a la literatura que menciona que hasta el 90% de las pacientes responden con éxito a la conducción (19); a pesar de que el 94% de ellas llegó a la sala de labor en fase activa del trabajo de parto, y casi un 8% en periodo expulsivo, cabe mencionar aquí también que a pesar de que 1 paciente estuvo en trabajo de parto por 20 horas, el promedio de horas fue de 5, tiempo suficiente para valorar las condiciones obstétricas y fetales para el trabajo de parto. Las pacientes que presentaron SFA, DPPNI, Placenta de inserción baja sangrante, prolapso o procúbito se consideran urgencias en obstetricia y la indicación de cesárea es absoluta. (1,12).

Al mencionar a las OTRAS CAUSAS, el porcentaje que representan es el menor y se encuentran algunas tan controversiales, como el hecho de que a pesar de una fase de aceleración máxima, sin contraindicación para el trabajo de parto y condiciones obstétricas adecuadas se realicen cesáreas electivas.

De los 16 casos en los que existía compromiso de cordón umbilical mencionaremos que caen dentro de la frecuencia considerada como normal para el evento.

La morbilidad materna fue extremadamente baja, al compararse con la literatura, no corresponde ni en frecuencia ni en

tipo de complicaciones a las encontradas en el presente estudio. (15, 16,17, 18).

Cabe mencionar el 0% de mortalidad materna como factor determinante al compararlo con estudios realizados en Instituciones del Sector Salud, en los que quizá debido a la demora en la realización del diagnóstico o falta de recursos, tienen mayor frecuencia de morbimortalidad materno-fetal. (18).

## CONCLUSIONES.

1. La frecuencia de la operación cesárea en el Hospital ABC es muy alta cuando se compara con la reportada en la literatura mundial.

2. Nuestro Hospital no es un centro de referencia de embarazos complicados que pudiera explicar esta frecuencia tan elevada.

3. La alta frecuencia de la operación cesárea está determinada por las pacientes que se ingresan programadas a la realización del procedimiento y por las pacientes que ingresan a inducción de Trabajo de Parto sin contar con las condiciones obstétricas adecuadas.

4. Las pacientes que ingresan programadas a cesárea lo hacen con el diagnóstico de Desproporción cefalopélvica o como procedimientos de repetición.

5. La frecuencia de cesáreas realizadas a pacientes que ingresan con Trabajo de Parto concuerda con la reportada en la literatura mundial.

6. Estos hallazgos permiten concluir que la atención obstétrica de la paciente en Trabajo de Parto es adecuada.

7. La morbimortalidad materno fetal de las pacientes sometidas a cesárea en el Hospital ABC es inferior a la reportada en la literatura mundial.

8. Es sumamente importante tomar las medidas necesarias para disminuir el índice de cesáreas del Hospital ABC, para mejorar la atención médica, abatir costos, disminuir riesgos inherentes al nacimiento y para transmitir a las generaciones en formación, el significado de la calidad en la atención obstétrica.

**9. DEBEMOS:**

**FOMENTAR** en el Hospital ABC, los protocolos de atención de parto vaginal después de cesárea.

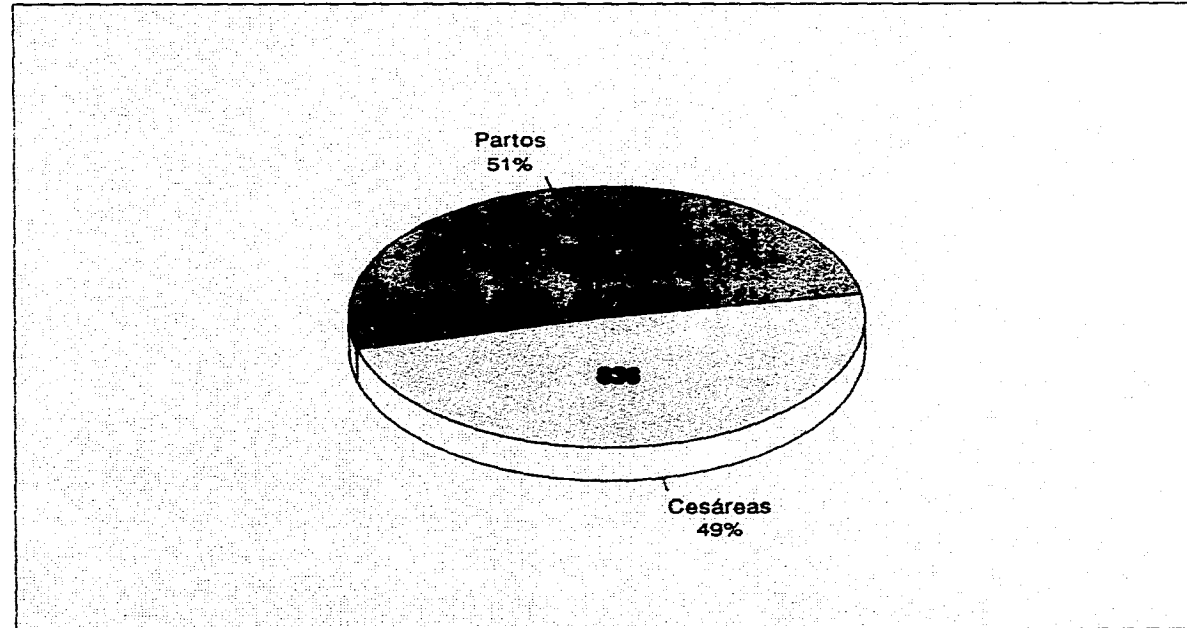
**PROMOVER** el que las pacientes tengan una prueba de trabajo de parto antes de realizar una cesárea con el diagnóstico de Desproporción cefalopélvica.

En una época en que la cobertura de los pacientes mediante seguros de gastos médicos, sistemas de medicina prepagada y demandas médico-legales se incrementan cada vez más, debemos ser nosotros, los médicos, quienes establezcamos las medidas tendientes a mejorar la calidad de la atención obstétrica, antes de que, Instituciones gubernamentales, compañías de seguros o grupos médicos ajenos a nosotros, tomen medidas para que lo hagamos; esto se logrará con la elaboración de manuales de procedimientos encaminados siempre a brindar la mejor atención de las pacientes, en cuya elaboración participemos todos y acatemos de manera voluntaria.

ANEXOS.

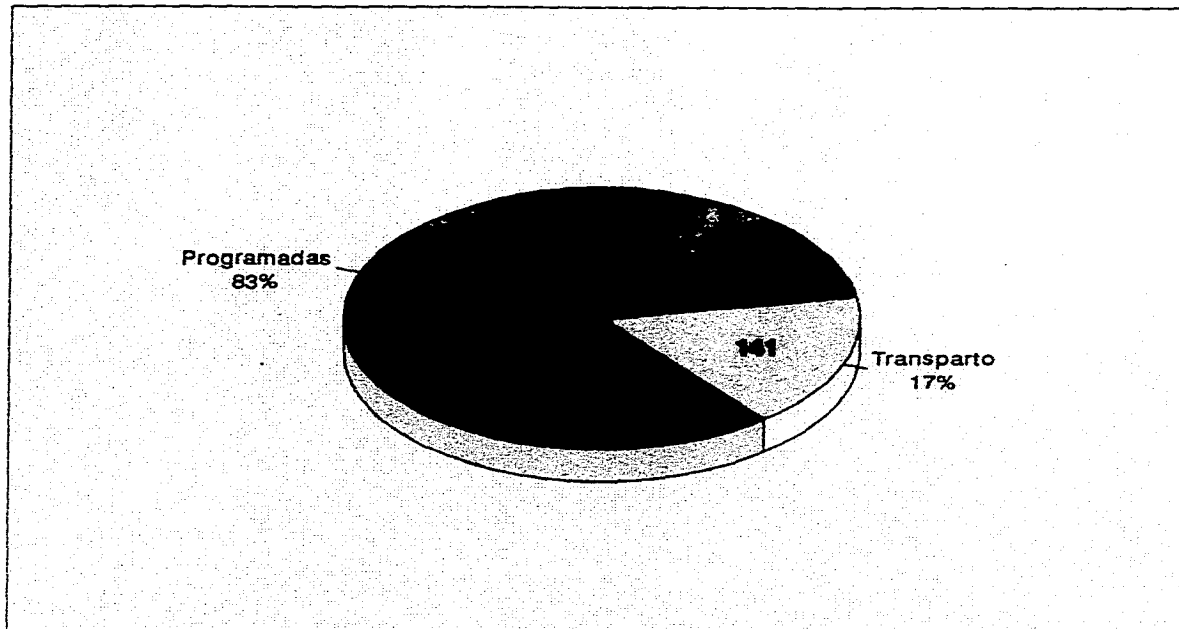
1. FIGURA 1 Número de nacimientos ocurridos en el año 1994, Hospital ABC.
2. FIGURA 2 Número de cesáreas realizadas en el año 1994, Hospital ABC.
3. FIGURA 3 Indicaciones de las cesáreas programadas en 1994, Hospital ABC.
4. FIGURA 4 Indicaciones de las cesáreas realizadas durante el Trabajo de Parto en 1994, Hospital ABC.
5. FIGURA 5 Número de nacimientos ocurridos en el año 1994, Hospital ABC.
6. FIGURA 6 Recién nacidos vivos según sexo en el año de 1994.
7. FIGURA 7 Número de gestaciones de las pacientes incluídas en el estudio.
8. FIGURA 8 Historia obstétrica y cesáreas previas de las pacientes con dos o más embarazos.
9. TABLA 1 Caracterísitcas clínicas de las pacientes incluídas en el estudio.
10. TABLA 2 Historia obstétrica de las pacientes incluídas en el estudio.
11. TABLA 3 Duración del trabajo de parto y peso de los productos obtenidos mediante cesárea durante el Trabajo de Parto.

Figura 1. Número de nacimientos ocurridos en el año de 1994  
Hospital American British Cowdray (ABC)



Departamento de Ginecología y Obstetricia

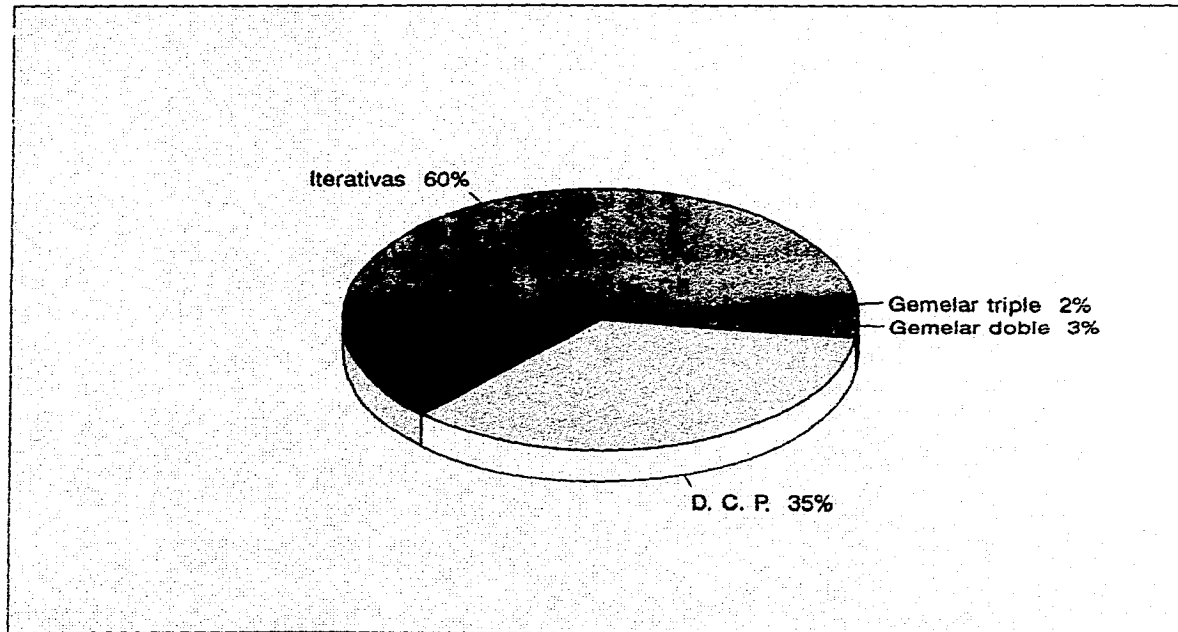
**Figura 2. Número de cesáreas realizadas en el año de 1994  
Hospital American British Cowdray (ABC)**



Departamento de Ginecología y Obstetricia

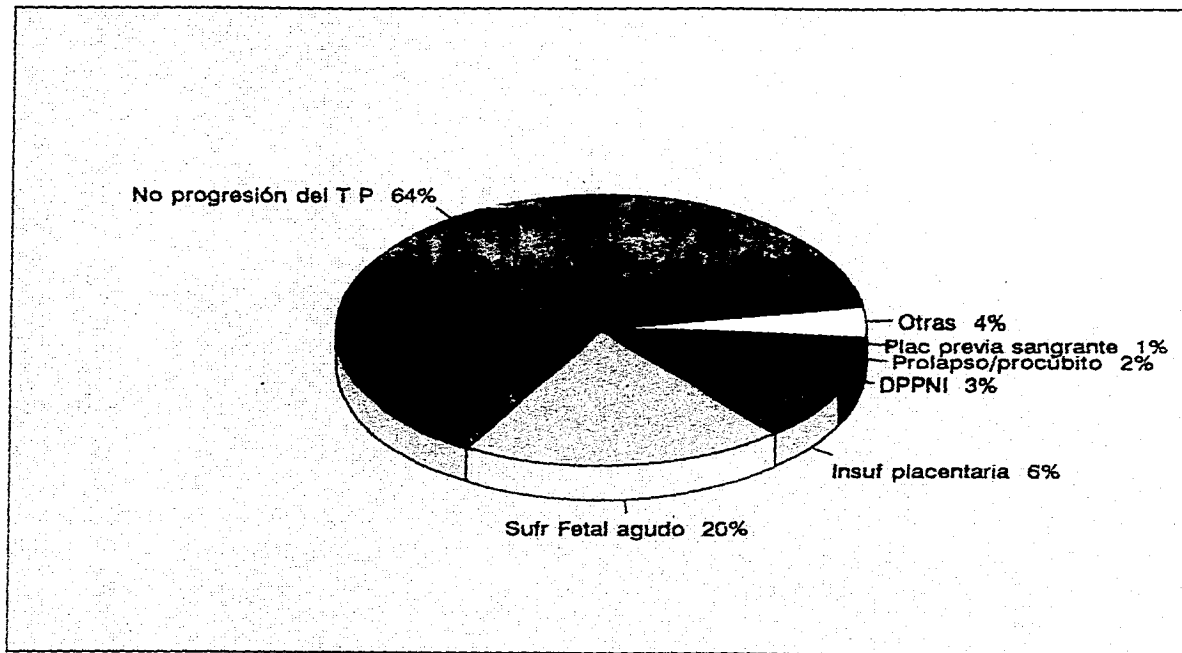


Figura 3. Indicaciones de las cesáreas programadas efectuadas en 1994  
Hospital American British Cowdray (ABC)



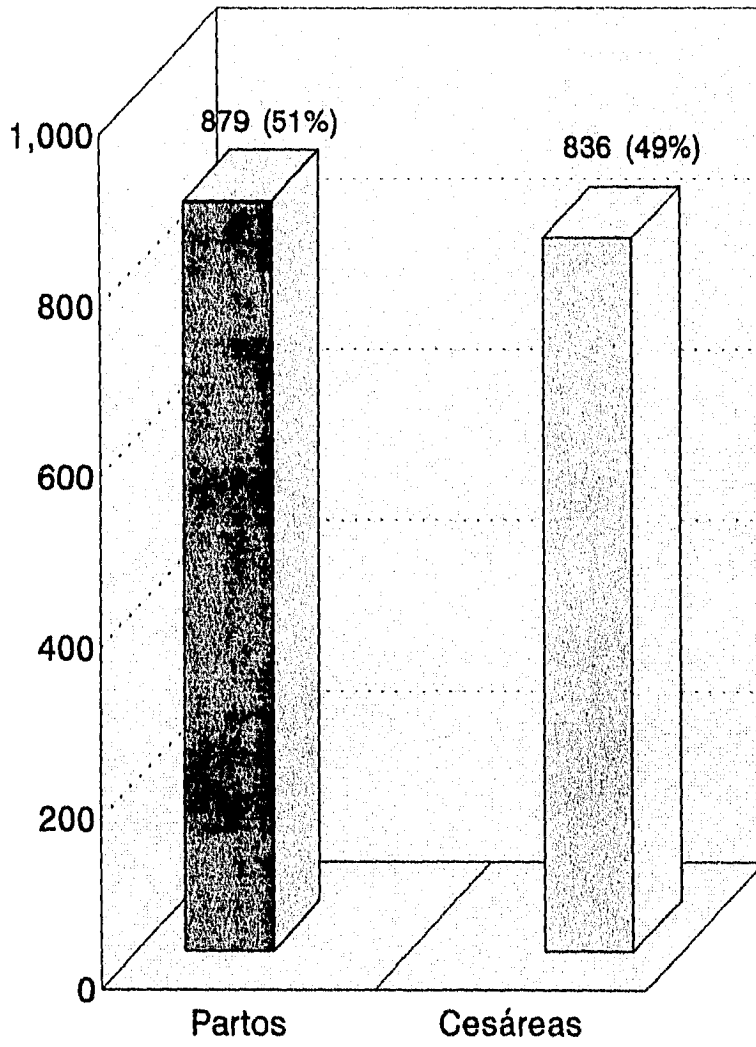
Departamento de Ginecología y Obstetricia

Figura 4. Indicaciones de las cesáreas realizadas durante el trabajo de parto en 1994  
Hospital American British Cowdray (ABC)



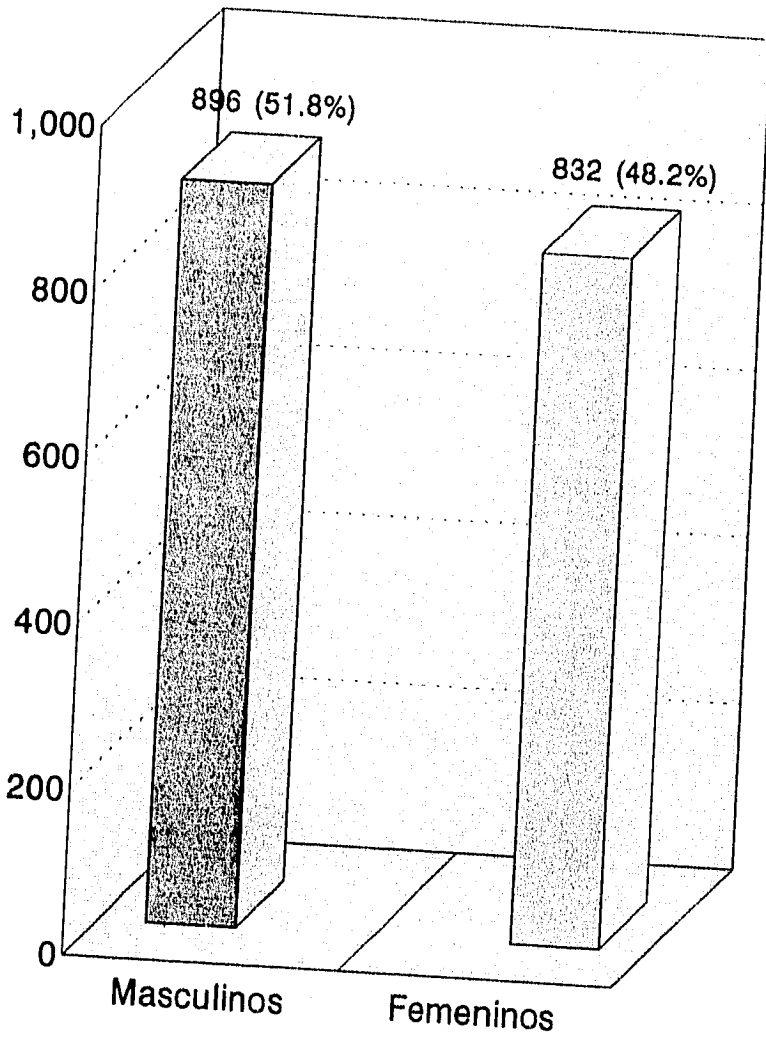
Departamento de Ginecología y Obstetricia

Figura 5. Número de nacimientos ocurridos durante el periodo de estudio Hospital American British Cowdray (ABC)



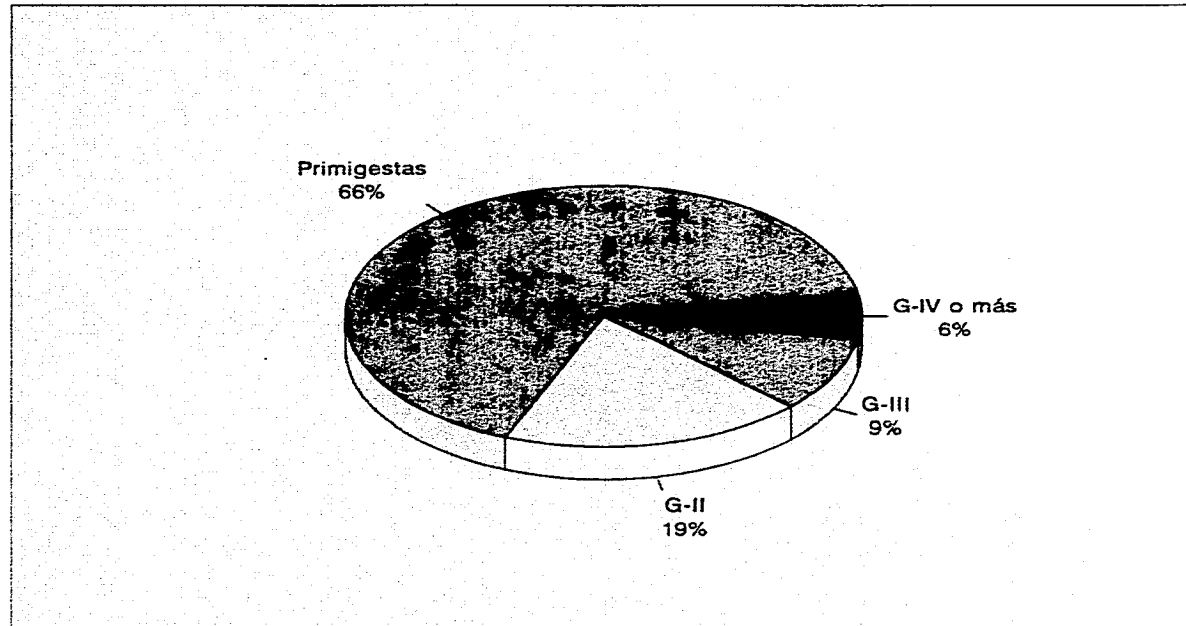
Departamento de Ginecología y Obstetricia

Figura 6. Relación de recién nacidos vivos según el sexo  
Hospital American British Cowdray (ABC)



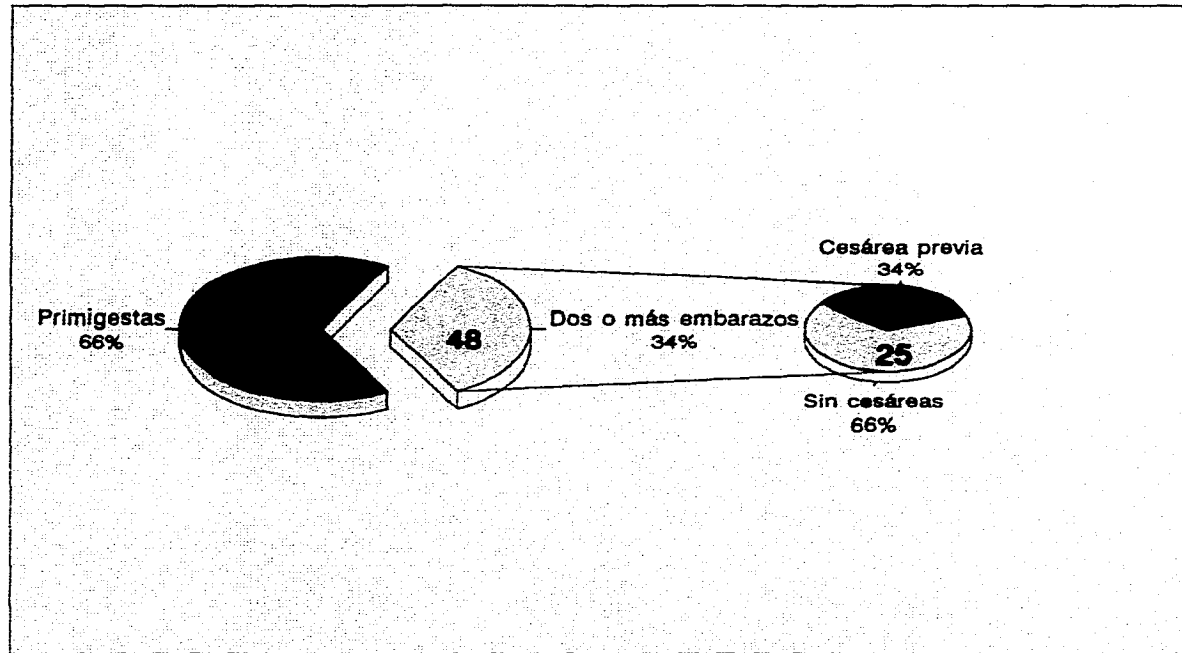
Departamento de Ginecología y Obstetricia

Figura 7. Número de gestaciones de las pacientes incluídas en el estudio Hospital American British Cowdray (ABC)



Departamento de Ginecología y Obstetricia

Figura 8. Historia obstétrica y cesáreas previas de las pacientes con dos o más embarazos Hospital American British Cowdray (ABC)



Departamento de Ginecología y Obstetricia

**Tabla 1. Características clínicas de las pacientes incluidas en el estudio  
Hospital American British Cowdray (ABC)**

	<b>Edad materna (años)</b>	<b>Edad gestacional (Sem)</b>
<b>Promedio</b>	<b>28.6</b>	<b>38.8</b>
<b>Mediana</b>	<b>29.0</b>	<b>39.0</b>
<b>Moda</b>	<b>30.0</b>	<b>38.0</b>
<b>Desviación estandard</b>	<b>4.3</b>	<b>1.4</b>
<b>Error estandard</b>	<b>0.3</b>	<b>0.1</b>

**Departamento de Ginecología y Obstetricia**

**Tabla 2. Historia obstétrica de las pacientes incluidas en el estudio  
Hospital American British Cowdray (ABC)**

	Gestaciones	Partos	Abortos	Cesáreas
Promedio	1.5	0.2	0.1	0.1
Mediana	1.0	-	-	-
Moda	1.0	-	-	-
Desviación estandard	0.9	0.6	0.4	0.3
Error estandard	0.7	0.05	0.03	0.03

Departamento de Ginecología y Obstetricia



**Tabla 3. Duración del trabajo de parto y peso de los productos obtenidos mediante cesárea durante trabajo de parto Hospital American British Cowdray (ABC)**

	<b>Horas de T de P</b>	<b>Peso del producto (g)</b>
<b>Promedio</b>	5.2	3028.1
<b>Mediana</b>	4.0	3100.0
<b>Moda</b>	4.0	3100.0
<b>Mínimo</b>	0.5	1550.0
<b>Máximo</b>	20.0	4175.0
<b>Desviación estandard</b>	3.7	511.9
<b>Error estandard</b>	0.3	42.8

**Departamento de Ginecología y Obstetricia**

#### BIBLIOGRAFIA.

1. Cunningham F, MacDonald P. Williams Obstetrics. 19th edition. Copyright 1993. Appleton & Lange. Chapter 26, pages 591-611.
2. Morrison J, Wiser W. Cesarean Birth: Surgical Techniques. Sciarra Gynecology and Obstetrics, Lippincott Co, 1990: Vol 2, Chapter 83.
3. Dujardin B, De Schampheleire I, Value of the alert and action lines on the partogram: Lancet 1992; 339: 1336-38.
4. Cartmill R, Thornton J, Effect of presentation of partogram information on obstetric decision making: Lancet 1992; 339: 1520-22.
5. Tucker J, Hauth J, Trial of labor after one or two layer closure of a low transverse uterine incision: Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 545-546.
6. ACOG Practice Patterns, Vaginal Delivery after Previous Cesarean Birth: ACOG PP, Aug 1995.
7. Eller D, Van Dorsten J, Route of delivery for the breech presentation: A Conundrum: Am J Obstet Gynecol 1995; 173: 393-8.
8. Calleja V, Rodríguez J, Cesárea. Histerorrafia en un plano: Ginec Obst Mex 1994; 62:304-7.
9. Miller D, Díaz F, Vaginal Birth after Cesarean: a 10 year experience: Obstet Gynecol 1994; 84:255-8.
10. Norman P, Vaginal Birth after Cesarean Section: Lancet 1995; 345:142.
11. Thilaganathan B, Meher H, Labor: An immunologically beneficial process for the neonate: Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 1271-2.
12. Hueston W, Development of a Cesarean Delivery Risk Score: Obstet Gynecol 1994; 84:965-8.

13. Stone J, Morbidity of failed labor in patients with prior cesarean section : Am J Obstet Gynecol 1992; 167: 1513-1517.
14. Rosen MG, Debanne S, Abnormal Labor and Infant Brain Damage: Obstet Gynecol 1992; 80: 961-965.
15. Parilla B, Dooley S, Iatrogenic Respiratory Distress Syndrome Following Elecive Repeat Cesarean Delivery: Obstet Gynecol 1993; 81: 392-395.
16. Roberts S, Maccato M, The microbiology of post cesarean wound morbidity. Obstet Gynecol 1993; 81: 383-6.
17. Puente H, Puente J, Cesárea electiva: Análisis de 600 casos. Ginec Obst Mex 1986; 54: 191-197.
18. Pineda E, Franco M, Operación Cesárea. 25 años de su evolución, Hospital Regional 20 de Noviembre ISSSTE. Ginec Obst Mex 1990; 58: 59-64.
- 19:Chelmow D, Russel K, Maternal and Neonatal Outcomes after oxytocin augmentation in patients undergoing a trial of labor after prior cesarean delivery. Obstet Gynecol 1992; 80: 966-971.
20. Stafford R. The impact of nonclinical factors on repeat cesarean section. JAMA 1991; 265: 59-63.