



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA

NUEVAS PERSPECTIVAS DE OPERACIÓN
CESÁREA EN EL HOSPITAL DR. DARÍO
FERNÁNDEZ FIERRO ISSSTE

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MARÍA DEL ROSARIO RENDON LÓPEZ

ASESOR

HANTZ IVES ORTIZ ORTIZ

MÉXICO., D.F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

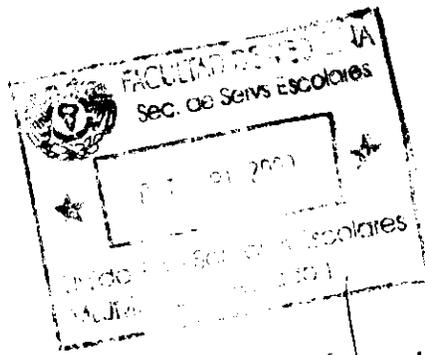


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



11217

Dr. Alberto Chávez Merlos
Coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Profesor Titular del Curso
y asesor de tesis

136

Dr. Jorge Juárez Vázquez.
jefe del servicio de Ginecología
y Obstetricia.

Dr. Sigfrido Huerta Alvarado
Cordinador de enseñanza e
investigación y asesor metodológico

Dr. hantz Ives Ortiz ortiz
Asesor de tesis.

I. S. S. T. S. E.
SUBDIRECCION DE DOC.
HOSPITAL GENERAL



DR. HANTZ IVES ORTIZ ORTIZ
ASesor de tesis

INDICE

INDICE.....	2
1. RESUMEN.....	3
2. ANTECEDENTES.....	4
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	4
2.1 ASPECTOS ACTUALES.....	6
3. MARCO TEORICO.....	7
3.1 DEFINICIÓN.....	7
3.2 CLASIFICACIÓN.....	7
3.3 INDICACIONES.....	8
3.4 CONDUCTA EN CASOS DE CESÁREA ANTERIOR.....	9
3.5 CONTRAINDICACIONES.....	10
3.6 COMPLICACIONES.....	10
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
5. JUSTIFICACIÓN.....	11
6. OBJETIVOS.....	12
6.1 OBJETIVOS GENERALES.....	12
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
7. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	12
8. MATERIAL Y MÉTODO.....	12
9. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	13
9.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	13
9.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	13
9.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	13
10. VARIABLES.....	13
10.1 VARIABLES DEPENDIENTES.....	13
10.2 VARIABLES INDEPENDIENTES.....	13
10.3 VARIABLES PRONÓSTICAS.....	13
11. PARAMETROS DE MEDICIÓN.....	14
12. PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	14
13. HOJA DE CAPTURA DE DATOS.....	14
14. CRONOGRAMA.....	14
15. RECURSOS.....	15
15.1 RECURSOS HUMANOS.....	15
15.2 RECURSOS MATERIALES.....	15
15.3 RECURSOS FINANCIEROS.....	15
16. RESULTADOS.....	17
17. CONCLUSIONES.....	18
18. DISCUSIÓN.....	20
19. GRAFICAS Y TABLAS DE RESULTADOS.....	20
20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

1. RESUMEN

Nuevas perspectivas en la operación cesárea en el Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro". I.S.S.S.T.E.
News perspectives in cesaria operations at Dr. Darío Fernández Fierro Hospital. (I.S.S.S.T.E.)

Rosario Rendón L. *, Alberto Chávez **, Hantz I. Ortiz ***, Sigfrido G. Huerta ****
Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. U.N.A.M., Facultad de Medicina México D.F. Junio 2000

- * Residente de 4° año de Ginecología y Obstetricia.
- ** Coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia y profesor titular del curso, asesor de tesis.
- *** Médico adscrito al servicio de ginecología y obstetricia y asesor de tesis.
- **** Coordinador de enseñanza e investigación y asesor metodológico.

Objetivo: El propósito de nuestro estudio fue determinar la incidencia de la operación cesárea en el Hospital Dr. Darío Fernández Fierro I.S.S.S.T.E. durante el lapso de un año e identificar la relación existente entre algunas variables, proponiendo estrategias para su disminución.

Método: Se incluyeron en el estudio 1280 mujeres que requirieron terminación del embarazo ya sea por vía vaginal o operación cesárea, de los cuales respectivamente se llevó a cabo la investigación, vaciando los datos obtenidos de las hojas de egreso y expedientes en la base de datos. Las variables estudiadas fueron: Edad, Paridad, Indicación de cesárea, Turno de resolución, APGAR, y peso del producto, Antecedentes quirúrgicos, Complicaciones.

Resultados: De las 1280 pacientes, 492 (38.4%) la terminación del parto fue por cesárea, la indicación más frecuente fue la distocia (absoluta), con predominio de cesárea en el turno matutino, siendo la mayor parte secundigestas con cesárea previa, no habiendo significancia en el APGAR ni en el peso del producto en relación con el parto vaginal. Las complicaciones más frecuentes fueron intraoperatorias.

Conclusiones: Logramos concluir que el índice de cesáreas en nuestro hospital fue de 38.4%, elevado, teniendo en cuenta que la norma oficial mexicana marca como ideal el 20%.

Se demostró que mientras más justificada esté una indicación relacionada con varios factores aseguramos un verdadero y total beneficio para la madre, el feto y el médico.

Objective: The purpose of our study was focused on the cesaria operation's incidence at Dr. Darío Fernández Fierro. (I.S.S.S.T.E.), during a year and identifying the relationship between several variables by proposing strategies to diminish it.

Method: Within the research, 1280 women required pregnancy end; it could be or vaginal way either cesaria operation, which were carried out in retrospect. To do this, data were got of the outgoing lists and of data base files. The highlights studied were: age, equality, cesaria indication, resolution shift, APGAR, and weight of the product, surgical antecedents, impediments.

Results: In the research of 1280, 492 patients (38.4%) the end of childbirth was through caseria, the most frequent indication was "Distocia" (absolute), with cesarias in the morning shift prevailing, coming later secondigests with previous cesaria, and having no troubles nor APGAR neither weight of the product according to vaginal childbirth. The complications often were intraoperatorics.

Conclusions: We achieved to finish the cesarias index in our hospital which was 38.4% (high), driving home the Mexican Official Rule, that points as a stable grade 20%. If an indication is justified according to various factors, we make sure that will get a truly and whole benefit for the mother, foetus and physician.

2. ANTECEDENTES

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

La operación cesárea, el término como tal tiene muchas connotaciones lo cual ha originado una gran controversia desde su origen.

La idea del nacimiento del niño a través de la pared abdominal de la madre es algo que ata ya desde los tiempos de la mitología.

Existe un manuscrito ilustrado pero sin fecha en la National Library en París, Francia, en el que se describe el nacimiento de Gaius Julius Caesar, el legendario héroe persa Rustman, se dice que nació por vía abdominal, el manuscrito data del año 1010 d.C. (1)

Sin embargo los historiadores concuerdan en que el término “cesárea” nada tiene que ver con el nacimiento de Julio Cesar. Ya que como bien se menciona en la historia son varias las circunstancias que restan fuerza a esta explicación. En primer lugar, la madre de Julio Cesar vivió durante muchos años después del nacimiento de este, y sin embargo, como bien sabemos la intervención era casi siempre fatal, según los escritores más dignos de este periodo. Es por tanto en segundo lugar improbable que la madre de Julio Cesar sobreviviera a la intervención en el año 100 a.C. (2)

Algunas historias sugieren que Escipión el africano podía haber nacido bajo esta operación en el año 237 a.C., pero también es poco probable. Se ha sugerido también que Cesar fue el nombre dado a la familia Julia, debido a que uno de ellos pudo haber muerto de esta forma.

En el año 1715 a.C. el rey de Roma promulgó una ley señalando que ninguna mujer gestante que falleciera podía ser enterrada hasta que el niño pudiera ser extraído de su abdomen. La operación era una gran operación y por lo tanto puede haber sido denominada César, igual que en Alemania donde hasta el final de la Primera Guerra Mundial la operación era llamada Kaiserschnitt, ya que los Kaisers eran los que eran importantes.

De acuerdo a lo anteriormente relacionado, se ha sugerido que el término deriva de la Lex caesare, decretó que supuestamente continuó bajo el poder de los Césares desde el tiempo de Numa Pompilius (715 – 672 a.C.) que requerían que antes de enterrar a cualquier mujer que moría durante la gestación tardía debía sacarse al niño del útero. Sin embargo algunos historiadores también han puesto esta derivación entredicho, ya que es probable que el término deriva del verbo latino “caedere” que significa cortar, y esto es bastante posible, cuando las mujeres morían los niños eran sacados del útero algunas veces mediante una incisión abdominal y estos eran llamados caesones. (1,2)

Jacques Guillemau, al parecer fue el primero en utilizar el término “sección”. Sin embargo, operación cesárea fue el término utilizado hasta los comienzos del siglo XX.

El Mishnan, el primer comentario extenso sobre la Biblia hebrea recopilado en el siglo II (153 – 175) mencionó la operación varias veces, tal como él lo describió y relató Jacob Nufer en el año 1500 d.C. abrió a su mujer para el nacimiento de su hijo con supervivencia de la madre.

La primera descripción auténticamente definitiva de la operación realizada intencionadamente en una mujer fue realizada el 21 de abril de 1610 por Trautmann de Wittenberg, el niño nació sano pero la mujer falleció a los 25 días de la intervención debido a una infección de la herida. (3)

Hay ejemplos de Mujeres que realizaron operaciones cesáreas sobre si mismas. La que ha recibido mayor publicidad ha sido la de la campesina de Viterbo de 23 años de edad quien incitada por los furiosos miembros de su familia estuvo dispuesta a deshacerse ella misma de su embarazo. A media noche y con un cuchillo de cocina no demasiado afilado ella se corto en su abdomen, ella decapitó al feto al cortar en el interior de su útero, luego se puso un vendaje apretado alrededor de su útero para mantener unidos los bordes de la herida.

Hay otros casos registrados de mujeres que se practicaron una cesárea sobre si misma. En 1647 la esposa de un granjero en Zaandam, en Holanda, fue comeda por un toro, de la herida se exteriorizó el niño. La madre falleció muy poco después. (1)

La primera cesárea realizada en Gran Bretaña tuvo lugar el 20 de junio de 1737 por el Sr. Smith, un cirujano de Edinburgo que la realizó en una mujer que había estado de parto durante 6 dias y tenia una pelvis muy distorsionada. (2)

Lebas (1719 – 1797) un cirujano francés fue el primero en suturar la herida del útero en 1769 y a pesar de que la paciente se recuperó fue duramente criticado.

La primera cesárea realizada con éxito en Inglaterra después de la de Mary Donally en Irlanda, fue realizada en 1793, pero no se publicó hasta 1798. La paciente era Jane Foster que tenia alrededor de 40 años con fractura de pelvis. El Dr. extrajo en esta ocasión placenta y membranas y cerro la herida con 7 puntos de sutura pero no incluyó el peritoneo. (3)

Una fecha muy importante en el desarrollo de la cesárea fue la del 21 de mayo de 1876 en la que Porro introducía una operación para evitar la aparición de la hemorragia y la sepsis. Eduardo Porro (1846 – 1902) era profesor de Obstetricia en Pavia y Milán, Italia.

En la operación de Porro se efectuaba una operación cesárea tal como se efectuaba previamente, solo que Porro amputaba el cuerpo uterino y ambos ovarios y ambas trompas de falopio, y después unía el muñón cervical al extremo inferior de la herida abdominal, tanto el niño como la madre sobrevivieron. La madre fue la primera mujer en Pavia en sobrevivir a una operación cesárea.

En 1890 Lawson Tait de Birmingham, modificó la operación de Porro. (2)

El paso siguiente fue el desarrollo de la operación de Sanger (Sanger 1882;-1886), el cambió la técnica de operación completamente, cirujano alemán.

Max Sanger (1853 – 1903) cuya modificación de la cirugía consistía en preservar el útero y en suturar su incisión muy cuidadosamente a fin de minimizar la hemorragia y la posibilidad de que el líquido y secreciones del interior del mismo pasaran a la cavidad peritoneal.

Además, el ponía un gran numero de suturas intestinales del Lembert en el peritoneo uterino para cerrarlo. La operación de Sanger fue la primera cesárea verdaderamente conservadora, esta operación no solo salvaba la vida de la medra y del niño, sino también los órganos genitales.

Halsted en 1890 introdujo el uso de guantes de goma. (3)

John Martin Munro Kerr, 1868 – 1960, profesor de obstetricia y ginecología en la universidad de Glasgow, en Escocia, introdujo la operación cesárea a través del segmento inferior uterino, explicando el menor riesgo de rotura en un embarazo posterior. (2)

Una innovación más reciente ha sido la de la sustitución de la anestesia general por la peridural para efectuar la operación. Esto tiene la ventaja de permitir a la madre tomar parte del parto, además el niño no recibe el efecto de la anestesia y por tanto respira mejor. (1)

En la actualidad, la técnica de cesárea más empleada, es la de Kerr.

Antes del advenimiento de los antibióticos, se sabía que después de una rotura de membranas de 10 a 12 horas; la realización de cesáreas imponía un gran riesgo de sepsis intratable.

Por fortuna, los refinamientos en la técnica quirúrgica, asepsia, antibioticoterapia, transfusión sanguínea, anestesia, han reducido pero no han eliminado el riesgo de la cesárea en la actualidad. El logro de buenos resultados requiere de condiciones quirúrgicas y perinatales apropiadas y conocimiento cabal de las posibles consecuencias de desviarse de los principios de los cuales se basa esta operación mayor. (3,5)

2.1 ASPECTOS ACTUALES

La cesárea, empezó siendo una intervención que se realizaba excepcionalmente en caso de muerte materna y feto vivo, posteriormente se efectuó en casos extremos de desproporción pelvifetal, cuando se habían agotado todas las posibilidades del parto vaginal.

En la actualidad, ha pasado a ser la intervención obstétrica más frecuente por creerse que es la forma más segura de resolver la mayoría de las distocias y de preservar la integridad fetal, no solo durante el parto, sino incluso en muy diferentes circunstancias del embarazo. (1)

La historia y su utilidad práctica indican que la cesárea es todavía una de las operaciones más importantes en obstetricia y ginecología. Su utilidad para salvar la vida de la madre y el feto, ha aumentado a lo largo de los decenios en vez de disminuir, si bien se han modificado las indicaciones específicas para recurrir a ella. (5)

La incidencia de cesáreas ha experimentado un incremento espectacular en los últimos treinta años.

Así, en Francia, se ha pasado del 6.1% en 1972 al 12.6% en 1987. (2)

En Estados Unidos (Plack y col.) desde una frecuencia del 5% en 1964 se ha experimentado un aumento de hasta el 25% en 1988, ha este respecto se estima que si no se produce una variación en las tendencias de la asistencia obstétrica en el año 2000 el 40 – 50% de los partos podrían terminar por cesárea. (1)

Se considera que la práctica de la operación cesárea ha tenido un progresivo y alarmante aumento hasta alcanzar en nuestro país cifras de 24% hasta el 62%, situación preocupante.

La mortalidad materna por cesárea varía en diferentes series de 4 por 10 000 a 8 por 10 000. En una serie se encontró que el riesgo de muerte por cesárea era 26 veces mayor que el parto vaginal. (5)

Este extraordinario incremento del porcentaje de cesárea se debe fundamentalmente a la disminución de los riesgos inherentes a su práctica, a la creencia de que la cesárea mejor la morbilidad materna y perinatal y, en último término (pero no el menos importante) a que la cesárea evita muchas reclamaciones y complicaciones legales. (7)

Recientemente y con el afán de disminuir dicha práctica sobre bases bibliográficas firmes se ha puesto en tela de juicio lo que por más de cuarenta años se ha considerado como una epidemia quirúrgica (la práctica indiscriminada de esta operación) y aunque se han descrito algunas acciones en forma aislada, no se ha puntualizado al estrategia global que pudiera reducirla. (5,6,10)

Dentro de las estrategias que en algunos centros hospitalarios se han llevado acabo con la finalidad de reducir el numero de cesáreas que son:

- Parto vaginal después de cesárea
- Versión por maniobras externas
- Uso de prostaglandinas
- Amnioinfusión

En México la norma oficial mexicana para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido emitida en 1995, propone como ideal la reducción de la proporción actual de la práctica de la operación cesárea a cifras de 20% para hospitales de concentración. (6,7)

3. MARCO TEORICO

3.1 DEFINICIÓN

La operación cesárea es la intervención obstétrica mediante la cual se extrae el feto, la placenta y las membranas a través de una LAPAROTOMÍA, seguida de una HISTEROTOMÍA.

La cesárea vaginal ya no se utiliza en la actualidad.

La cesárea mediante laparotomía (cesárea abdominal) es la verdadera cesárea. (1,6)

3.2 CLASIFICACIÓN

Las cesáreas pueden clasificarse:

- En función del momento (tiempo) en que se realiza, distinguiéndose:
 - Cesárea electiva o programada: A veces la indicación puede preverse con anticipación y con tal motivo la intervención debe realizarse sin premura, es decir con un fin más explícito es la cesárea que se lleva a cabo antes del trabajo de parto.
 - Cesárea de urgencia o intraparto: Cuando la indicación surge de forma súbita por accidente en el embarazo o parto; de tal forma como su nombre indica se realiza después de comenzado el parto.
 - Una tercera posibilidad, la microcesárea, que es la cesárea practicada con gestaciones con feto no viable, este tipo de operación se realiza excepcionalmente. (14,13)
- También pueden clasificarse en función de la técnica empleada y según este criterio se distinguen dos tipos:

- La cesárea corporal: La incisión de la histerotomía se hace en el cuerpo uterino, en su cara anterior, siguiendo longitudinalmente la línea media, por lo que la cicatriz es poco resistente y es fácil que se produzca una dehiscencia en embarazos sucesivos. Este tipo de incisión solo se practica en casos excepcionales (gestaciones de pocas semanas, existencia de miomas o de cicatrices uterinas, programación de histerectomía ulterior). (7,8,9)
- La cesárea segmentaria es la que utiliza habitualmente. La incisión a nivel del segmento inferior, sobre todo cuando la cesárea se lleva a cabo durante el trabajo de parto, la incisión transversa tiene la ventaja de que al tener las miofibrillas la misma dirección, se seccionan muy pocas fibras miométricas y la cicatriz que se forma es mucho más resistente con vista a futuros embarazos.

Aunque también es factible una incisión vertical en esta área abarca el segmento uterino superior, a menos que el inferior se encuentre muy alargado por el trabajo de parto, y recibe el nombre de incisión de Sellheim. (6)

En ocasiones se utilizan variantes, por lo general a causa de dificultades imprevistas durante la cesárea, de las cuales no es muy recomendable su utilización y se pueden lograr evitar de planearse minuciosamente la incisión uterina. (2)

- La incisión en "T" que se utiliza algunas veces como ampliación de la histerotomía segmentaria transversa, en casos de macrosomía fetal, situación transversa, e incluso en casos de fetos muy prematuros en presentación de nalgas. (6)
- La incisión en "J" se emplea cuando se comienza la incisión transversa del segmento uterino inferior y este resulta demasiado angosto, la falta de idoneidad no se advierte hasta que se intenta la extracción, situación en que se practica la extensión vertical de la incisión, a fin de evitar la extensión espontánea de la misma al ligamento ancho, esta incisión se acompaña de los riesgos propios de la clásica. (16,18,19)
- Las técnicas transperitoneal y extraperitoneal son las empleadas con la cesárea para llegar a la pared uterina. Estos procedimientos se utilizan poco en la obstetricia moderna. (2)

La incisión de la laparotomía puede ser media o transversal, esta última incisión de Pfannenstiel es muy utilizada en la actualidad por motivos estéticos.

3.3 INDICACIONES

Las cesárea está indicada cuando se considera que el parto vaginal es un riesgo para la madre o el feto; es necesario el nacimiento y no es posible inducirse el trabajo de parto.

Las indicaciones de la cesárea se pueden considerar desde distintos tipos de vista.

En primer lugar, las indicaciones pueden ser clasificadas por la obligatoriedad que existe de practicar la cesárea. Pueden ser así:

- *Indicación absoluta:* Son los casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto. Prototipo de ellas podría ser la placenta oclusiva total.
- *Indicaciones relativas:* Son aquellas en que se elige a la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción, tal es el caso de la presentación de nalgas. (18,20)

Las indicaciones pueden ser varias en determinado caso y por lo tanto se podrían dividir en principales y secundarias.

Por último, las indicaciones pueden ser clasificadas, considerando en beneficio de quien se realice la intervención y, según este criterio, existen indicaciones maternas, fetales y mixtas. (17)

Las siguientes indicaciones son las mas frecuentes (ver Tabla 1). (1,2,7,12)

En el cual se incluyen indicaciones en donde el trabajo de parto está totalmente contraindicado y por tanto se les considera como indicación absoluta, en donde las contracciones uterinas intensas, en lugar de beneficiar perjudican al feto o ambos.

Entre los factores que se han considerado tradicionalmente amenazantes para el feto y que pueden empeorar con el trabajo de parto se incluyen: placenta previa, inserción velamentosa del cordón umbilical u otras variantes de vasos previos, y prolapso de cordón umbilical, otras mas recientes son anomalías fetales tratables como la gastroquisis y ciertos grados de hidrocefalia.

La distocia es la indicación registrada en el expediente clínico de casi el 30% del total de las cesáreas y mas del 50% de las primarias. (19,20)

3.4 CONDUCTA EN CASOS DE CESÁREA ANTERIOR

Hablamos de cesárea previa si existe una sola cesárea anterior y de cesárea iterativa si se han practicado dos o más.

Durante mucho tiempo el criterio más generalizado seguía la conocida máxima emitida por Graigin en 1916; “una vez cesárea siempre cesárea”. Actualmente la tendencia es mucho mas conservadora y se recomienda intentar el parto vaginal si se cumple una serie de condiciones.

Así en términos generales, se admite que:

- Se repetirá la cesárea si ha habido previamente dos o más cesáreas (cesárea iterativa).
- Se realizara la cesárea si se repite la causa que motivo la cesárea anterior.
- Se repetirá la cesárea si la anterior fue realizada mediante incisión corporal.
- Se recurrirá a repetir la cesárea si se producen circunstancias que supongan una suma adicional de riesgos.(por ejemplo RPM). (12,14)

Si se acepta intentar la vía vaginal es imprescindible la vigilancia cuidadosa del parto, la monitorización biofísica de la misma y abstenerse en principio de la administración de oxitocina. (13)

Varios informes no muestran mayor incidencia de rotura uterina, de cesáreas, dehiscencia, atonía uterina, hemorragia, histerectomía con un control adecuado de la oxitocina.

Generalmente la rotura uterina se relaciona más con una incisión clásica. (8)

En EUA se ha producido un aumento de grado muy notable en la incidencia de partos con cesáreas previas durante los últimos 15 años.

Los “National Institutes of Health” en acuerdo con “Development Task force on cesarean birth” intentaron en 1981 un estudio de la tendencia a efectuar partos con cesáreas. (9)

El parto vaginal se asocia con menores riesgos de parto, requieren menos anestesia, plantea un potencial inferior de morbilidad posparto, supone una estancia hospitalaria mas breve, ahorra dinero y permite una interacción mas temprana y con frecuencia ininterrumpida de la madre con el lactante. En estudios recientes, 60 a 80 % de las pacientes que se sometieron a una prueba de trabajo de parto, después de cesárea previa, tuvieron un parto vaginal con éxito. (2,10)

3.5 CONTRAINDICACIONES

La principal contraindicación para la cesárea es la ausencia de una indicación precisa.

Infecciones piógenas de la pared abdominal, feto muerto, y la falta de recursos y ayudantes apropiados se sugieren como contraindicación. (5,16)

3.6 COMPLICACIONES

Morbimortalidad Materna

Existe la creencia de que dados los enormes avances realizados en anestesia, asepsia, hemoterapia y técnica de la cesárea, esta es una intervención inocua. Desgraciadamente esto no es así, y la cesárea sigue teniendo mayor número de complicaciones y mas graves que el parto vaginal. Las complicaciones maternas de la cesárea pueden surgir durante la intervención o en el postoperatorio, las cuales se pueden dividir en infecciosas y no infecciosas, de estas las mas frecuentes son las infecciosas, en un 90%.

De las cuales podemos mencionar desde las mas leves como infección de la sutura parietal, endometritis, tromboflebitis y pielonefritis.

Las más graves son sepsis y peritonitis, las cuales son raras.

Dentro de las complicaciones no infecciosas mas frecuentes son la hemorragia y la anemia , trombosis pelvianas y de extremidades inferiores. Y rara vez embolia pulmonar y cerebral. (17)

Las complicaciones intraoperatorias quirúrgicas van desde la anestesia (PCR, SX de aspiración), hasta la presencia de Hemorragia, casi siempre por desgarro de la histerotomía, lesiones de vejiga, y uréteres y otras mas raras lesión de intestino, neuritis por compresión instrumental etc.

La cicatriz de la cesárea puede considerarse también como una secuela, pues condiciona los partos sucesivos. (12)

La mortalidad materna en la cesárea es difícil de evaluar, ya que es difícil saber si la muerte es consecuencia directa de la intervención o si es la consecuencia de la causa que motivo la indicación de la cesárea. De todas formas puede afirmarse que aunque la mortalidad materna por cesare es baja, es mayor que en la que se produce por el parto vaginal.(5)

Es importante mencionar que mientras mayor tiempo dure la cirugía, mayo será el riesgo de complicaciones postoperatorias. Casi todas las cesárea deben completarse en menos de una hora, salvo en los casos con problema técnicos importantes.

Morbimortalidad Perinatal.

En términos generales, la mortalidad perinatal en las cesáreas suele ser casi el doble que en los partos vaginales. Teniendo en cuenta que el 25 al 30% de las cesáreas se hace por sufrimiento fetal.

En las cesáreas que se realizan sin sufrimiento fetal la mortalidad perinatal es similar o inferior a los partos vaginales.

La incidencia de acidosis y APGAR bajo es similar o menor que el parto vaginal. (19,20,21)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es posible reducir el número de cesáreas en base a un conocimiento epidemiológico organizado en cada uno de nuestros hospitales.

5. JUSTIFICACIÓN

Latinoamérica se está constituyendo como la región con mayor índice de incidencia de cesáreas en el mundo y presenta una tendencia a aumentar en los últimos 20 años.

Se considera que la práctica de la operación cesárea ha tenido progresivo y alarmante aumento hasta alcanzar en nuestro país cifras de hasta 62% o más de todas las atenciones obstétricas, sin que esté científicamente constatado que este incremento suponga un verdadero beneficio para la madre y el feto. Ya que se ha observado que los resultados perinatales no mejoran incrementando el número de cesáreas.

Además es importante que nos demos cuenta que con independencia de los resultados perinatales y de los riesgos maternos antes expresados, los postoperatorios de la cesárea son siempre más molestos que las secuencias de un parto vaginal, y desde un punto de vista económico, los costos de la cesárea son muy altos y gravan seriamente la asistencia obstétrica derivando fondos que serían más útiles en otras actividades asistenciales.

De tal forma que se justifica un estudio epidemiológico específico en nuestros hospitales sobre la incidencia y factores asociados a la operación cesárea, tratando de disminuir el número de cesáreas, sino aumentar la morbimortalidad materna o perinatal, diseñando nuevos protocolos de indicación de la cesárea, pero junto con ellos es necesario una campaña de información dirigida a la sociedad en general común y a las autoridades judiciales en particular para desarraigar la idea de que la cesárea es la solución de todos los problemas obstétricos.

Teniendo en cuenta que la normal oficial mexicana para la atención de embarazo, parto y puerperio y del recién nacido emitida en 1995 propone como ideal la reducción de la proporción actual de la práctica de la operación cesárea a cifras de 20% para hospitales de concentración.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVOS GENERALES

Conocer la incidencia real de operación cesárea en la unidad de ginecobstetricia del "hospital Dr. Darío Fernández Fierro", durante el periodo comprendido entre el 1° de junio de 1999 al 31 de mayo de 2000.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la indicación de cesárea mas frecuente de la unidad de ginecobstetricia del hospital Dr. Darío Fernández Fierro.
- Observar la distribución de la incidencia de operación cesárea por grupo de edad.
- Identificar la distribución de la operación cesárea por paridad (numero de gestas).
- Especificar la frecuencia de operación cesárea en función del momento (tiempo) en que se realiza. (electiva, intraparto)
- Analizar la relación de la frecuencia de la operación cesárea en función del tiempo con el índice de frecuencia por turno en el hospital Dr. Darío Fernández Fierro.
- Conocer el índice de frecuencia operación cesárea por turno. (matutino, vespertino y nocturno)
- Conocer la incidencia de partos vaginales y partos por operación cesárea.
- Analizar los resultados de APGAR y peso de los productos obtenidos por parto vaginal y por operación cesárea.
- Identificar el numero de partos con cesárea previa.
- Conocer las complicaciones mas frecuentes en el transoperatorio y postoperatorio.
- Conocer el numero total de nacimientos durante el periodo comprendido del 1° de junio de 1999 al 31 de mayo de 2000.

7. DISEÑO DEL ESTUDIO

8. MATERIAL Y MÉTODO

Universo de estudio

Se estudiarán todas las mujeres embarazadas atendidas en la unidad de ginecobstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, cuya interrupción del embarazo fue por vía abdominal o parto vaginal.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluirán en el estudio a todas las pacientes atendidas en el servicio de ginecobstetricia de nuestro hospital y que requirieron atención obstétrica con terminación de parto.

Se llevó a cabo evaluación detalladas de egreso hospitalario y de los expedientes de las pacientes sometidas a interrupción del embarazo ya sea por vía abdominal y por parto.

Vaciando los datos en tabla específica de TABULACIÓN DE DATOS conteniendo los principales objetivos de nuestro estudio.

Posteriormente se llevará acabo el análisis estadístico de los resultados contenidos en dicha tabla, para plasmarlos finalmente en gráficas para una mejor representación de los resultados.

9. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres embarazadas atendidas en el hospital Dr. Darío Fernández Fierro, sometidas a interrupción del embarazo por vía abdominal.

Que el evento se haya llevado a cabo durante el periodo del 1° de Junio de 1999 al 31 de Mayo de 2000.

9.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se excluirá a ninguna paciente del estudio, mientras sea paciente obstétrica y halla requerido de la terminación del parto.

9.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

No se eliminará a ninguna paciente del estudio, todos los casos serán contabilizados.

Se contabiliza exclusivamente para el cálculo del tamaño de incidencia.

10. VARIABLES

10.1 VARIABLES DEPENDIENTES

- Número de recién nacidos vivos
- Numero de recién nacidos muertos
- Numero total de cesáreas
- Numero de partos con cesárea previa
- Numero de partos vaginales

10.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Sexo
- Paridad

10.3 VARIABLES PRONÓSTICAS

Numero de pacientes sometidas a histerectomía.

11. PARAMETROS DE MEDICIÓN

Se evaluarán detalladamente las hojas de egreso hospitalario y expedientes de las pacientes obstétricas sometidas a cesárea, tabulando los siguientes parámetros:

- Indicación de cesárea. (absoluta o relativa)
- Edad. (12 – 42)
- Numero de gestas. (I – VIII)
- Electiva o intraparto.
- Turno de mayor presentación. (matutino, vespertino y nocturno)
- APGAR del producto.
- Peso del producto.
- Numero de partos vaginales.
- APGAR del producto por parto vaginal.
- Partos con cesárea previa.

12. PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

A partir del día 15 de Junio de 1999, se revisará quincenalmente las hojas de egreso hospitalario del servicio de ginecología junto con los expedientes, vaciando los datos en la hoja de tabulación (base de datos), para lo anterior se registran cédula y nombre de la paciente, acudiendo posteriormente al archivo del hospital para la localización de los mismos. En aquellos casos en que la paciente presentó complicaciones transoperatorias, postoperatorias, SFA, cesárea intraparto, APGAR bajo, se realizará mas detalladamente la investigación en expediente.

13. HOJA DE CAPTURA DE DATOS

Ver anexo 1 y 2

14. CRONOGRAMA

Fecha de inicio: _____ 15 de junio de 1999
Fecha de terminación: _____ 31 de mayo de 2000
Revisión bibliográfica: _____ (3 meses)
Elaboración del protocolo: _____ (4 meses)
Captación de la información: _____ (12 meses)
Procesamiento y análisis de los datos: _____ (4 meses)
Elaboración del informe técnico final: _____ (1 mes)
Divulgación de los resultados: _____ (1 mes)

11. PARAMETROS DE MEDICIÓN

Se evaluarán detalladamente las hojas de egreso hospitalario y expedientes de las pacientes obstétricas sometidas a cesárea, tabulando los siguientes parámetros:

- Indicación de cesárea. (absoluta o relativa)
- Edad. (12 – 42)
- Numero de gestas. (I – VIII)
- Electiva o intraparto.
- Turno de mayor presentación. (matutino, vespertino y nocturno)
- APGAR del producto.
- Peso del producto.
- Numero de partos vaginales.
- APGAR del producto por parto vaginal.
- Partos con cesárea previa.

12. PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

A partir del día 15 de Junio de 1999, se revisará quincenalmente las hojas de egreso hospitalario del servicio de ginecología junto con los expedientes, vaciando los datos en la hoja de tabulación (base de datos), para lo anterior se registran cédula y nombre de la paciente, acudiendo posteriormente al archivo del hospital para la localización de los mismos. En aquellos casos en que la paciente presentó complicaciones transoperatorias, postoperatorias, SFA, cesárea intraparto, APGAR bajo, se realizará mas detalladamente la investigación en expediente.

13. HOJA DE CAPTURA DE DATOS

Ver anexo 1 y 2

14. CRONOGRAMA

Fecha de inicio: _____ 15 de junio de 1999
Fecha de terminación: _____ 31 de mayo de 2000
Revisión bibliográfica: _____ (3 meses)
Elaboración del protocolo: _____ (4 meses)
Captación de la información: _____ (12 meses)
Procesamiento y análisis de los datos: _____ (4 meses)
Elaboración del informe técnico final: _____ (1 mes)
Divulgación de los resultados: _____ (1 mes)

15. RECURSOS

15.1 RECURSOS HUMANOS

DRA. MARIA DEL ROSARIO RENDÓN LÓPEZ. Residente actualmente de 4 año de Ginecobstetricia del Hospital Dr. Darío Fernández Fierro.

Encargada de hacer la revisión detallada de las hojas de egreso y expedientes, recolectando la información en la base de datos de forma quincenal

Tiempo completo

DR. ALBERTO CHÁVEZ MERLOS.
Coordinador del servicio de Ginecobstetricia.

DR. HANTZ IVEZ ORTIZ.
Médico adscrito del servicio de Ginecobstetricia.
Supervisores de todas las actividades y asesoría en la realización de las mismas.

DR. SIGFRIDO G. HUERTA ALVARADO.
Jefe de servicio de Enseñanza del Hospital Dr. Darío Fernández Fierro. Llevó a cabo la revisión final de la tesis.

15.2 RECURSOS MATERIALES

- Carpetas bimestrales del Servicio de Ginecobstetricia conteniendo hojas de egreso hospitalario.
- Expedientes localizados en el archivo del hospital.
- Papel bond cuadrulado chico para la hoja de tabulación (base de datos).
- Lapiceros, marcadores.
- Hojas blancas de papel bond tamaño carta. (5)

15.3 RECURSOS FINANCIEROS

A cargo del investigador principal.

**INDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS
DE OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO. I.S.S.S.T.E.**

Anexo 2	
INDICACIONES ABSOLUTAS	INDICACIONES RELATIVAS
Iterativa	EHIE
DCP (Desproporción Cefalo Pélvica)	Cesárea previa
PP (Presentación Pélvica)	RPM
Placenta Previa Total	Presentación Pélvica
DPPNI (Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta)	Preeclamsia Leve
SFA (Sufrimiento Fetal Agudo)	BRCF
Preeclamsia Severa	Diabetes
PIC (Periodo Intergenésico Corto)	Múltiple
Situación Transversa	Isoinmunización Rho
Distocia Dinámica	Embarazo Postérmino
Eclamsia	RCIU
Falta de Progresión de Trabajo de Parto	Oligohidroamnios Leve – Moderado
Inercia Uterina (Bishop D.)	Circular de Cordón
Distocia Ósea	Añosa
Miomectomía	Otras
Macrosomía	OTRAS: Epilepsia, antecedente de cesárea clásica, cirugía oftalmológica, CaCu, herpes genital, cirugía vaginal previa, hipomotilidad. Fetales, Variación en la frecuencia cardíaca. Parto en presentación podálico, prolapso de cordón , edad materna joven, tumoración que ocluye el canal del parto.
Oligohidroamnios Severo	
Cardiopatía grave	
Pretérmino	
IVPH	

NOTA: Más de una causa de cesárea se tomará la que a criterio del médico sea la principal.

16. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 1280 Mujeres (pacientes) que requirieron terminación del parto ya sea por vía abdominal o vaginal, durante el periodo comprendido entre el 1° de junio de 1999 al 31 de Mayo del 2000.

Se llevó a cabo el análisis de datos en forma retrospectiva, longitudinal, observacional, obteniendo los siguientes resultados:

De las 1280 Mujeres obstétricas, 492 (38.4%), la terminación por parto fue por operación Cesárea, 788 (61.56%) fue por vía vaginal. GRAFICA 1

De las 492 Pacientes estudiadas 78 de las Cesáreas realizadas(16.0%) correspondía al tipo Electivo, y de las 414 de las Cesáreas realizadas (84.0%) fueron por Urgencia. GRAFICA 2. 53 (67.9%) de las Cesáreas programadas se llevaron a cabo en el turno Matutino y 25 (32%) en el turno Vespertino. GRAFICA 3

Se observó que de las 492 Cesáreas realizadas en el año por "Urgencia" 168 (40.5%) correspondieron al turno Matutino, 165(40%) En el turno Nocturno y 20% en el turno Vespertino. GRAFICA 4. TABLA 1.

De acuerdo con la Indicación de la Cesárea se observaron los siguientes

Diagnósticos:

91 Pacientes se intervinieron por DCP, esto corresponde a un 18.4% del total de las Cesáreas, Por Cesárea iterativa fueron 52 pacientes correspondiente esto al (10.5%); otro grupo importante fue la indicación de Cesárea por Periodo Intergenésico Corto con 48 pacientes (9.7%), 27 Pacientes correspondiendo esto al 7.1% de las Cesáreas por SFA. Por Cesárea previa fueron 33 pacientes (6.7%); 27 pacientes fueron intervenidas por preeclampsia Severa lo cual habla de un porcentaje de 5.4 %. Por RPM fueron 25 pacientes (5.08), 22 pacientes por Presentación Pélvica (4.4%) como Indicación Absoluta, y 12 (2.4%) como indicación relativa.

22 pacientes por preeclampsia leve y 22 pacientes por BRCF, correspondiendo esto al 4.47%. Embarazo Postérmino con 10 casos (2.0). TABLA 2

De las Pacientes que fueron intervenidas por DCP como Indicación Absoluta el 12.8% fueron secundigestas, con cesárea previa y el 8.5% primigestas.

En forma Total la relación de Paridad con la operación Cesárea fue con el grupo de secundigestas 176(35.7%), continuando el grupo de las primigestas 163 casos (33.13%), y aquellas pacientes con historia de 111 Gestas 117 casos correspondiendo esto al 22%. GRAFICA 5.

Con respecto al grupo de edad se aprecia la mayor incidencia en el grupo de los 26-29 años al que le corresponde un total de 133 pacientes con 27%, el grupo de 30-33 años incluyendo 129 pacientes correspondió al 26.7%, En el grupo de Edad de 34-37 años fueron 88 pacientes lo cual correspondió al 17.8%. En el grupo de 22-25 años el porcentaje obtenido de 70 pacientes fue de 14.2%. El 8.5% correspondió al grupo de 38-40 años con 42 pacientes, 22 Pacientes se incluyeron en el grupo de edad de 18-21 años (4.6%). 2.6% fue para el grupo de 14 -17 años con 13 pacientes, y el 0.2% con 4 pacientes fue para el grupo de 12-13 años. TABLA 3.

El APGAR obtenido en el grupo de Recién Nacidos obtenidos por Vía Abdominal fue el siguiente:

317 de los Recién Nacidos obtuvieron 8/9 de calificación esto correspondió al 64.4%. 98. Recién nacidos

(20%) se les otorgó calificación de 9/9, así en el grupo de APGAR de 7/9 27 recién nacidos (5.4%) obtuvo esta calificación. El 4.6% correspondió a 23 recién Nacidos con APGAR de 7/8. El 2.0% correspondió al grupo que obtuvo APGAR de 8/8. se incluyó en el resto de los grupos la población de recién Nacidos (3.2%). GRAFICA 6.

Se observó una incidencia de peso en gramos de los productos Recién Nacidos obtenidos por cesárea en el rango de 2900gr. - 3475gr., con una incidencia de 4.2%, Recién Nacidos con peso menor a 2500gr., y de 2.2% Recién Nacidos con Peso mayor a 4000gr.

Se atendieron en total 788 (61.56%) partos vaginales durante el año de estudio, de los cuales el APGAR obtenido en 454 pacientes (57.6%) correspondió a un APGAR de 8/9.

236 Pacientes 29% aun APGAR de 9/9, 48 Recién Nacidos Vivos con APGAR de 7/9 correspondió a un 6.09%, 24 Recién Nacidos obtuvieron APGAR de 7/8 correspondiendo esto al 3.0%, El 1.5% correspondió al 8/7 y 0.7% Incluyó al resto del Grupo de Recién Nacidos. GRAFICA 7

De estos partos vaginales 66 Pacientes(8.3%) fue con antecedente de Cesárea previa obteniendo los Productos APGAR en su mayor frecuencia de 8/9 en 42 (63.6%) de los Recién Nacidos Vivos.

De todas las pacientes estudiadas se logró un total de 1279 Recién Nacidos vivos correspondientes al 99.9% tan solo uno de estos productos obtenidos por parto, Obito desde su ingreso, representó el 0.07 % de la mortalidad perinatal. GRAFICA 8.

De las complicaciones presentadas 9 (1.8%) en total de 492 pacientes, 5 correspondieron a complicaciones intraoperatorias, de las cuales 3 requirieron histerectomía total abdominal, 1 por choque hipovolémico y 2 por acretismo placentario. Las otras complicaciones correspondieron a lesión vesical, y punción accidental de duran madre.

Cuatro correspondieron a complicaciones postoperatorias, de las cuales 3 fueron infecciosas (de hincencia de herida quirúrgica), y 1 no infecciosa (síndrome anémico).

17. CONCLUSIONES

- En base a los datos obtenidos se logra concluir, que el índice de Cesárea en la Unidad de ginecobstetricia del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. se encontró en 38.4% anual., con relación al número total de partos vaginales siendo un total de 1280 pacientes en el periodo de estudio.
- De este 38.4% anual, el 84.0% fueron atendidas después de iniciado el trabajo de parto , es decir fue una Cesárea por urgencia("Intraparto"), y el menor porcentaje(32%) se resolvieron en forma electiva o programada.

- Llevando a cabo la mayor parte de las cirugías de tipo urgente en el Turno Matutino (40 %), y en el Nocturno (40 %). No así las Cesáreas programadas o electivas las cuales se resolvieron en el Turno Matutino en un porcentaje importante (67.9%) en comparación con el Turno Vespertino. (32 %).
- De acuerdo con la frecuencia de Cesárea por Indicación obtuvimos que la mayor frecuencia de Causa por Cesárea fue para la "DISTOCIA" específicamente, DCP con una incidencia de 18.4% del total de las cesáreas, encontrando en segundo sitio la indicación por Cesárea Iterativa.(10.5 %)y algo muy llamativo fue la incidencia importante por PIC (9.7%), esto dentro de las indicaciones Absolutas. El porcentaje de presentación de la preeclampsia Severa como Indicación Absoluta fue de 5.4%.
- Dentro de las indicaciones Relativas el antecedente de Cesárea Previa (6.7 %) es la indicación que se llevó las Palmas, seguida en un 5.08 % de la indicación por RPM sin casos de corioamnioitis, y Parto por Presentación Pélvica.
- 91 (18.4%) pacientes fueron intervenidas por DCP como Indicación Absoluta con el antecedente de ser Secundigestas en su mayor porcentaje(12.8%)y presentando antecedente de Cesárea previa. Encontrando en la población en General del grupo de pacientes sometidas a Cesárea con antecedente de evento obstétrico previo (Secundigestas) en un porcentaje de 35.7%.
- El grupo de Edad en el cual se observó mayor porcentaje de incidencia de Cesárea fue en el que va de los 26-29 años de edad (27.4%). Seguido del grupo de 30 – 33 años con una incidencia del 26.7% , es importante mencionar que el grupo de edad con una frecuencia llamativa por no ser tan diferente del grupo de edad predominante en cuanto a la incidencia, es el que va de los 38 – 40 años con un porcentaje de 42 pacientes (22%).
- El APGAR obtenido en los Productos Recién Nacidos por Cesárea fue en comparación con el APGAR obtenido en Productos obtenidos por Parto Vaginal similar en un porcentaje de 64.4% con calificación 8/9.
- En cuanto al peso de los Productos obtenidos por Operación Cesárea en su mayor porcentaje, osciló entre el rango de 2900gr. – 3475gr. con un porcentaje menor de productos de menos de 2500 gr. y productos macrosómicos (4000 gr.).
- Se valoró el porcentaje menor (8.3%) de productos obtenidos por Parto vaginal con antecedente de Cesárea previa.
- Se observó un índice de Recién Nacidos vivos de 99.9%. con presencia de un porcentaje de 0.07% de mortalidad por un producto óbito, al llegar al Hospital, resuelto el embarazo por parto vaginal.
- La incidencia de complicaciones Maternas que requirieron Histerectomía fue de 1.8%, no existiendo mortalidad Materna.

18. DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos, a pesar de que el Número de Partos atendidos fue mayor en comparación con el Número de Cesáreas realizadas, la incidencia de esta última es elevada en nuestro Hospital, tomando en cuenta que la Norma Oficial Mexicana para la atención de Embarazo, Parto y Puerperio, propone como ideal la reducción de la proporción actual de la práctica de la operación Cesárea a cifras de 20% para hospitales de concentración.

La decisión de practicar la Cesárea no debe realizarse ala ligera y, amenos que la indicación este perfectamente definida, se requiere valorar los beneficios respecto a los riesgos.

Los resultados de este estudio nos pueden Apoyar para un juicio mas definido en cuanto a determinar si el parto vaginal en una indicación relativa es mejor que la vía quirúrgica. Además de que apoya de que en efecto no esta bien justificada una Cesárea por motivo de suponer un verdadero y total beneficio para la Madre o el feto, esperando Quizá un Mejor APGAR o un Peso del producto Mas adecuado. Es decir los Resultados Perinatales no van ha mejorar incrementando el número de Cesáreas.

En Aquellas pacientes con antecedente de Cesárea Previa, mientras en el embarazo actual no tenga complicaciones o no se repita la causa original de Cesárea se les debe dar opción de un parto vaginal , teniendo conocimiento de que esta es una indicación relativa no Absoluta. Para lo cual es importante que nuestro Personal Médico este bien preparado para una vigilancia estrecha adecuada y éxito en la terminación de este evento

19. GRAFICAS Y TABLAS DE RESULTADOS

20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

1. Enciclopedia Británica de historia de la Medicina (1988) .Interamericana. pgs. 186 – 197. Cesárea.
2. Williams Obstetricia, Salvat, México, 1995, pgs. 839-857
3. Schwartz R. L. Obstetricia, El Ateneo, México, 1988, p88.
4. Baker ER, D'Alton ME: Nacimiento por Cesárea Clin. Obstet Ginecol (ed. en español) 1994;4:745—762.
5. Richardson DA, Evans ML, LA. Evolución Historia y Aspectos Actuales de la Cesárea. Revisión Crítica. Am J. Obstet Gynecol, 1996;3: P.456-478.
6. Paul RH, Miller Da. Cesarean birth: How to reduce the rate .Am J Obstet Gynecol 1995; 172(6):1903
7. Boylan P, Frankowski R, Rountree R, Selwyn B, Parrish K. Effect of active management labor on the incidence of cesarean section for dystocia in nuliparas. Am J. perinatol 1991 8(6): 373.
8. Bobadilla J.L., Early Neonatal mortality and Cesarean Delivery in México City, Am J Obstet Gynecol,1991, 164, 22-28.
9. Becley S., Scar rupture in labour after previous lower uterine activity measurements, B J Obstet gynecol, 1991,98, 205-269.
10. Scott J.R. Obstetricia Y Ginecologia de Danforth, 6ta. edición .p.673-692.
11. Notzon F.C., international differences in the use of Obstetrics interventions. JAMA 1990, 263, 3286—3291.
12. Shearer E. Cesarean section: Medical Benefist and cost. Soc. Sc. Med 1993, 37, 1223—1231.
13. Quesnel, lira, Ibarguengoitia, cols. Operación Cesárea: ¿ciencia o ansiedad? Once años de experiencia Institucional. Ginecol. Obstet. Méx. 1997, volumen 65 (6) :247—253.
14. Velasco, Narvarte, Cardona J. A. Aspectos epidemiológicos de la operación cesárea en el IMSS.
15. Guzmán, González, Villa. FA. ¿Que hacer para reducir el número de Cesáreas? Ginecol. Obstet. Méx. 1997 ; Volumen 65 (7) :273-276.
16. Flamm B.L., Elective repeat cesarean delivery, versus, trial of labor: A prospective multicenter study. Obstet Gynecolo 1994, 83, 927-932.
17. Cajiga MF, Mendoza y DL, Murguía GH y col; Justificaciones actuales de la operación Cesárea. Ginecol. Obstet. Mex. Suplemento 1. 1994;62:31 – 34.
18. Usandizaga JA.: Aspectos Sociales y Legales de la cesárea Progr. Obstet. Ginecolo. 1991, 34:303
19. Rosen MG, Dickenson JC. Vaginal birth after cesarean: A meta – analysis of indicators for success. Obstet. Ginecol. 1991 76: 865 . 869
20. Horenstein JM, Phelan JP; Histerectomy. Cesarean. Am J Obstet. Gynecol. 1985: 151:564
21. Herruzo AJ, Miranda JA, Calderón MA et al: Evolución de la mortalidad Perinatal y Materna y causas. Clin. Invest. Gin. Obstet, 1998, 22: 166 – 173

ANEXO 2

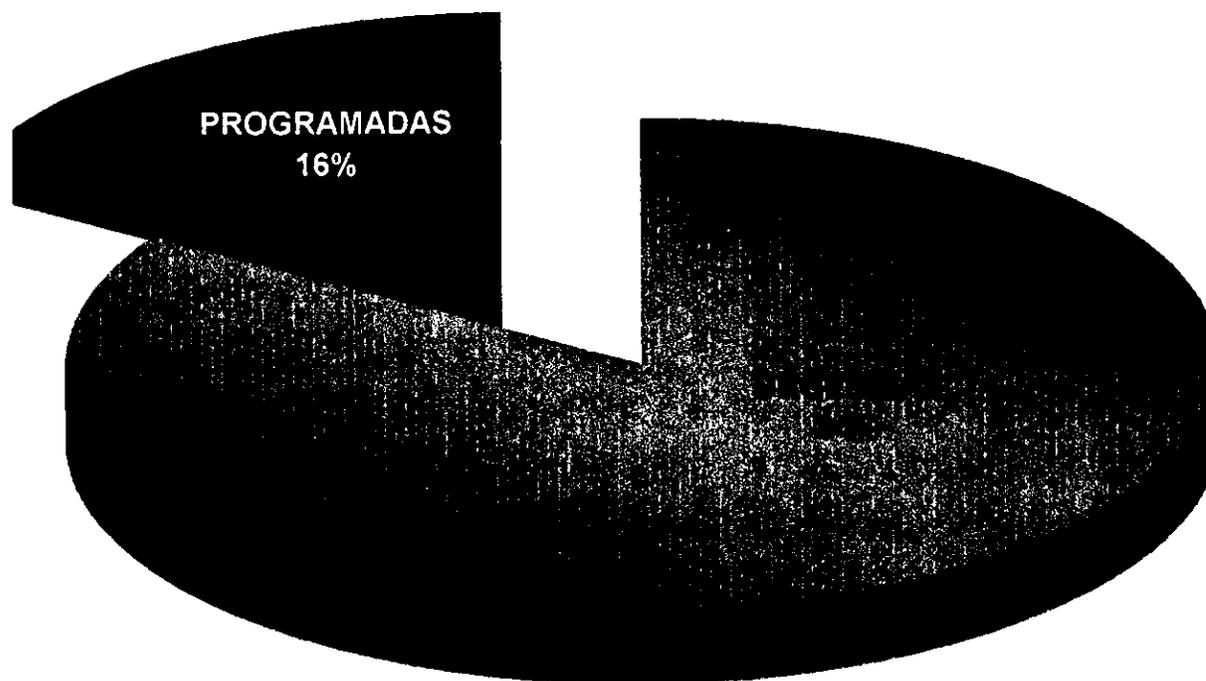
INDICA ABSOLUTA		INDICA RELATIVAS	
ITERATIVA	52	EHE	1
DCP	91	CESÁREA PREVIA	33
PRESENTACIÓN PÉLVICA	22	RPM	25
PLACENTA PREVIA TOTAL	4	PRESENTACIÓN PÉLVICA	12
DPPNI	4	P. LEVE	22
SFA	35	BRCF	22
PREECLAMPSIA SEVERA	27	MÚLTIPLE	5
PIC	48	EMBARAZO POSTÉRMINO SIN FACTOR X	10
SITUACIÓN TRANSVERSA	2	RCIU	3
DISTOCIAS DINÁMICAS	7	OLIGOHIDROAMNIOS LEVE - MODERADO	2
FALTA DE PROGRESO AL TRABAJO DE PARTO	5	CIRCULAR DE CORDÓN	3
INERCI UTERINA	5	AÑOSAS	4
DISTOCIA ÓSEA	3	OTROS	27
PRODUCTO MACROSÓMICO	4		
OLIGOHIDROAMNIOS SEVERO	5		
PRETÉRMINO	5		
TVPH	4		

RECIEN NACIDOS VIVOS



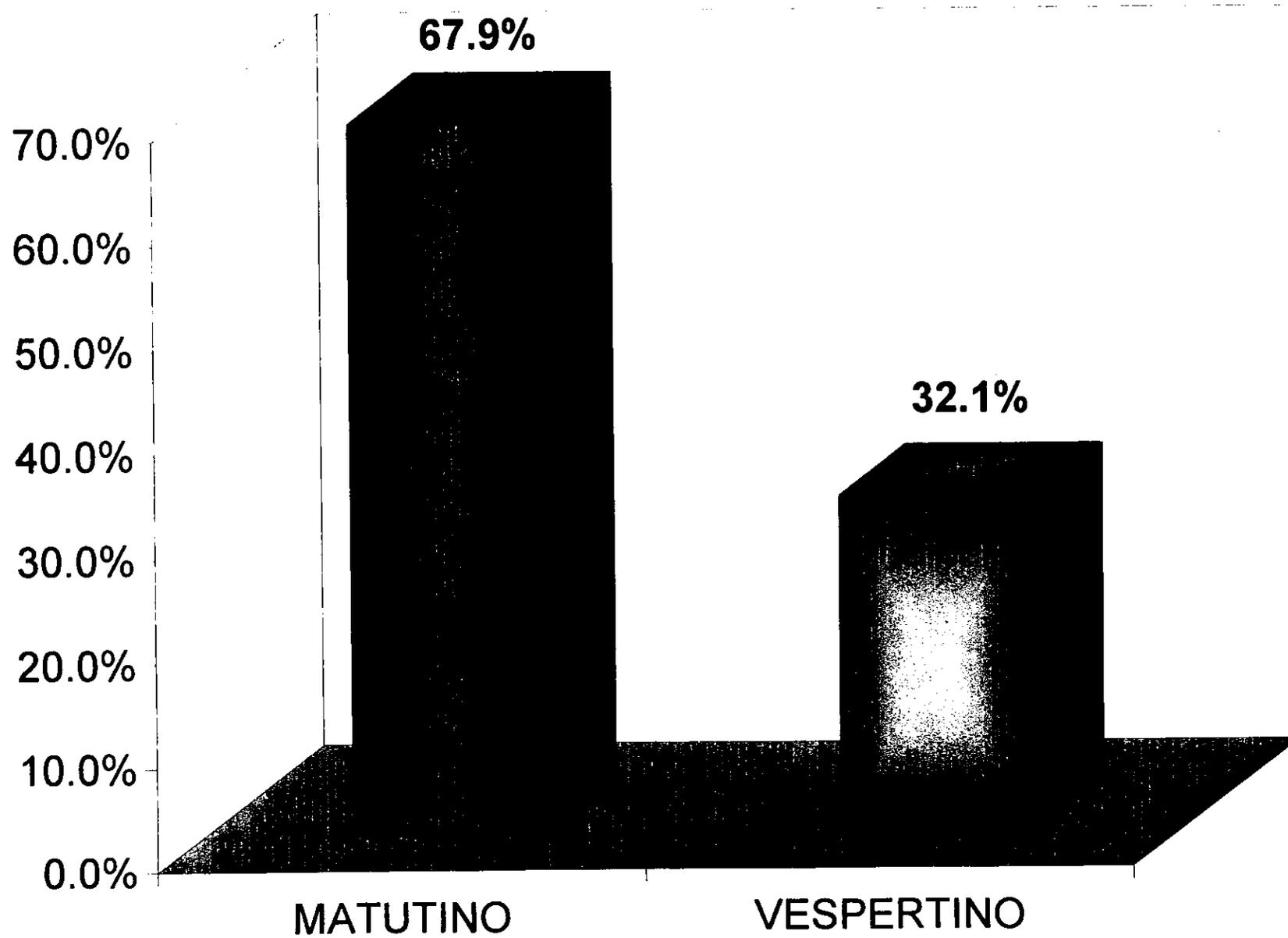
GRAFICA 1

CESAREAS

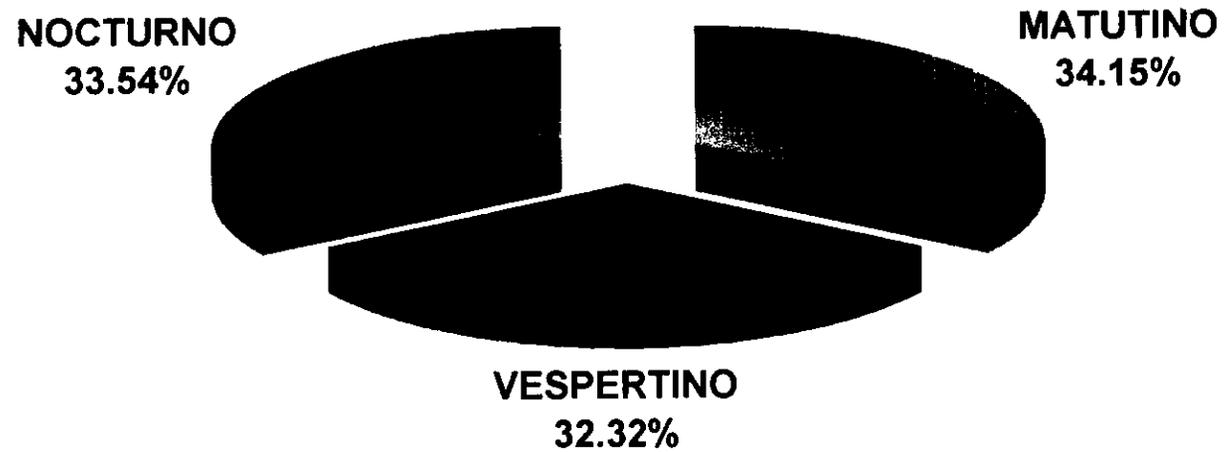


GRAFICA 2

CESAREAS PROGRAMADAS POR TURNO



NO. CESAREAS POR TURNO



NO. CESAREAS POR TURNO

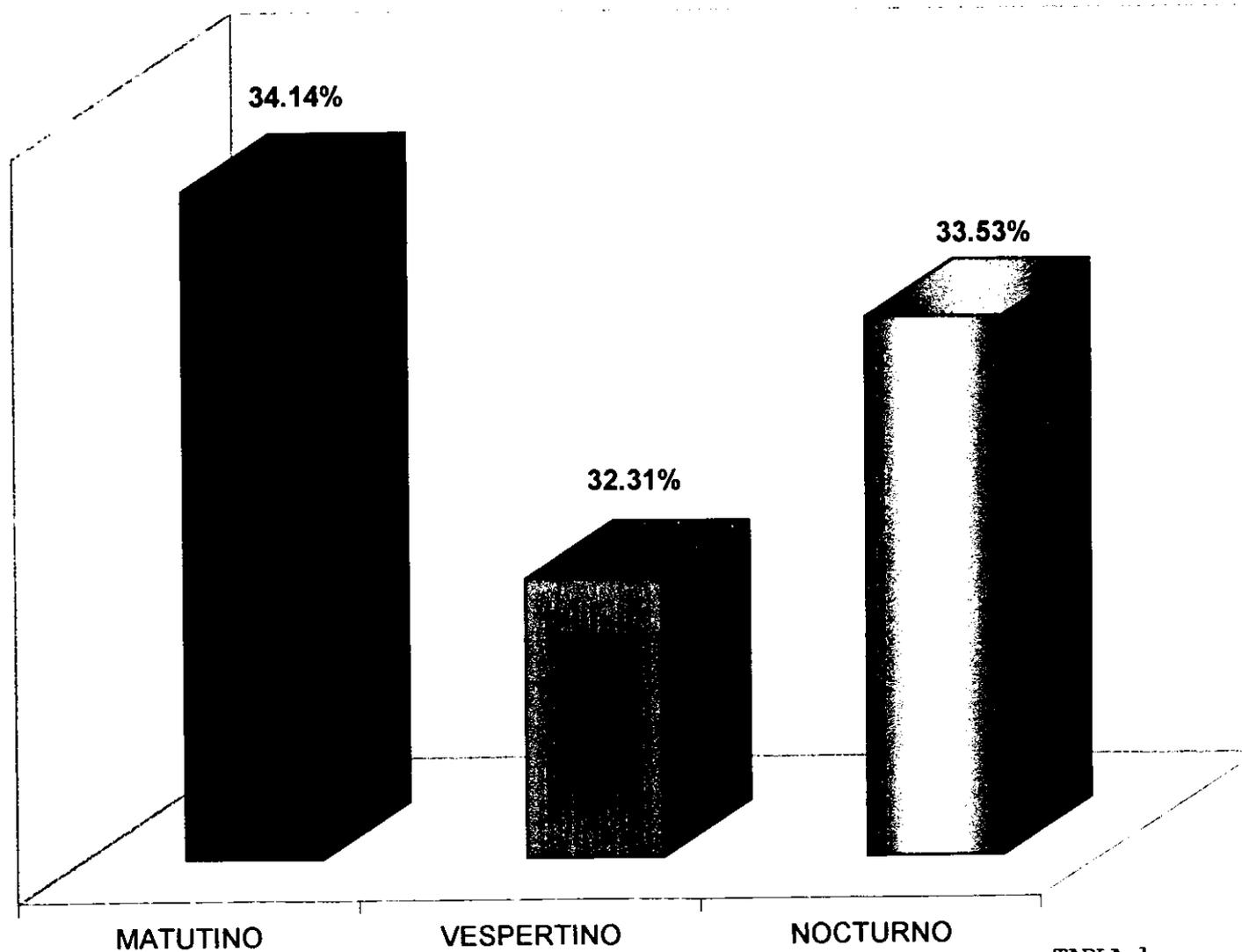


TABLA 1

NO. DE CESAREAS POR INDICACIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA

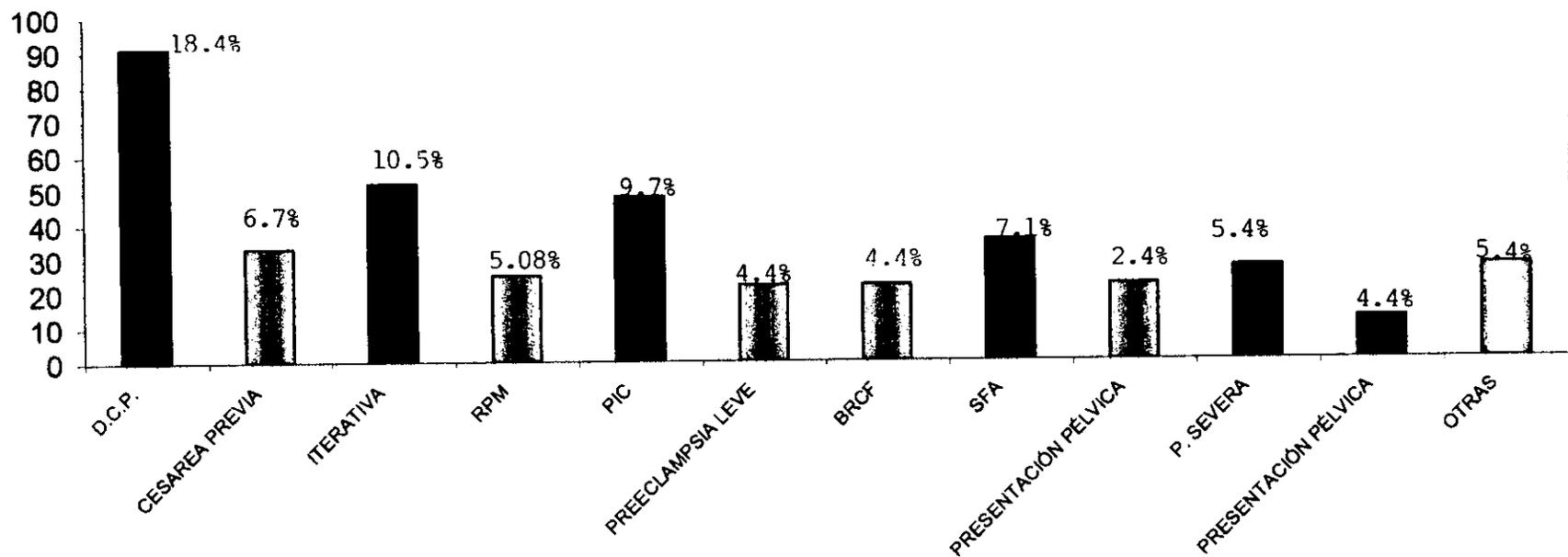
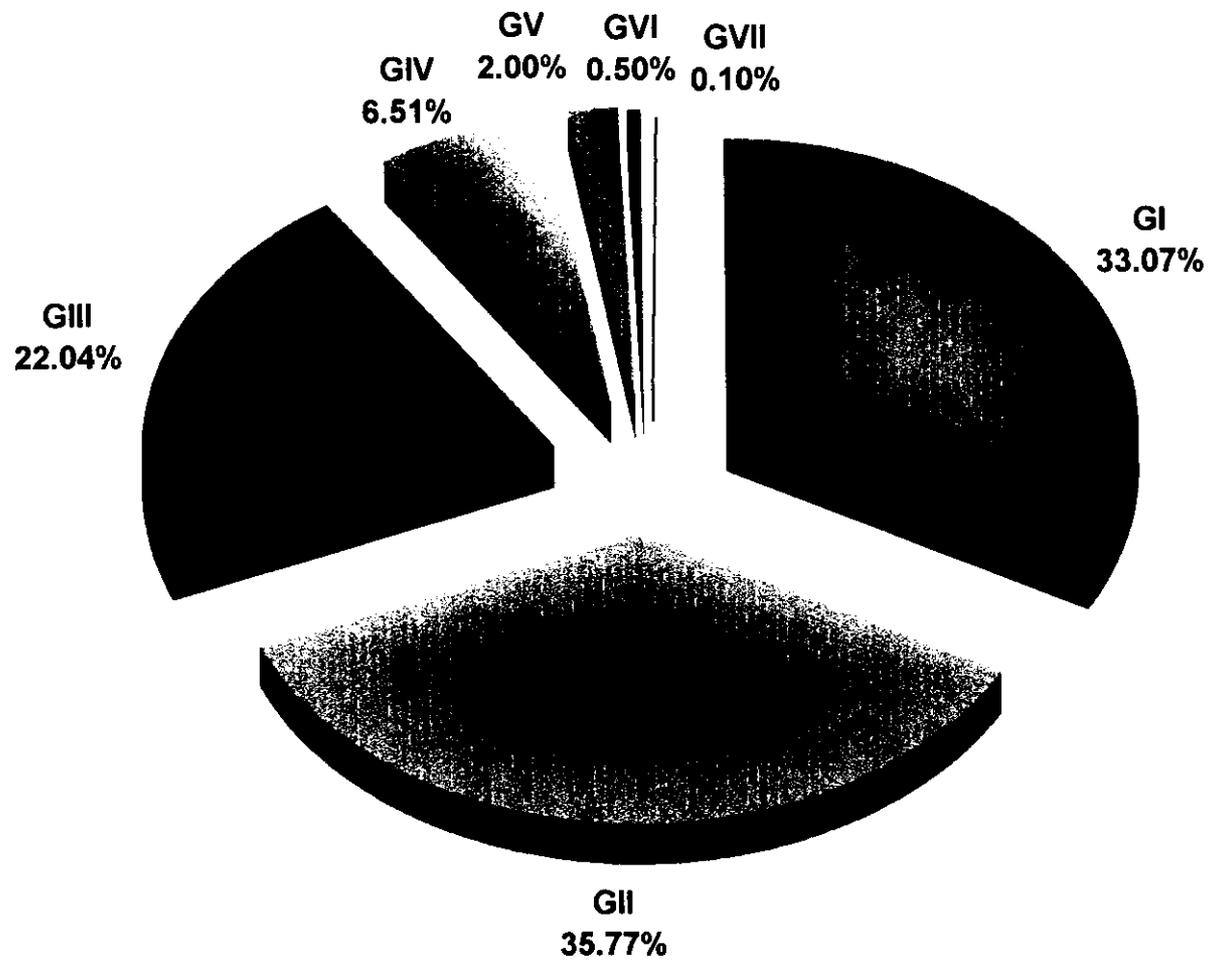


TABLA 2

NO. DE GESTAS
RELACIONADAS CON CESAREA



GRAFICA 5

CESAREAS

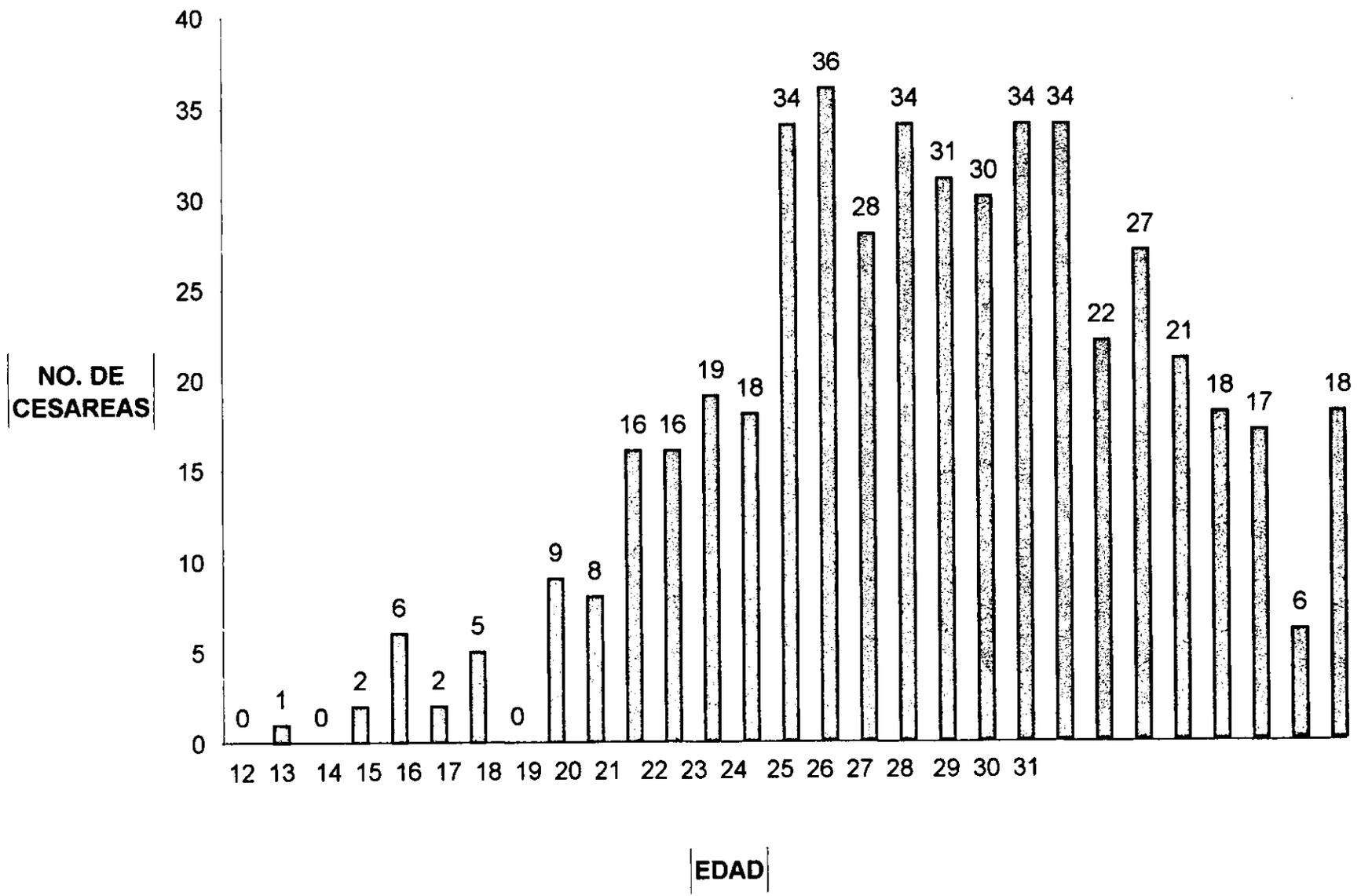
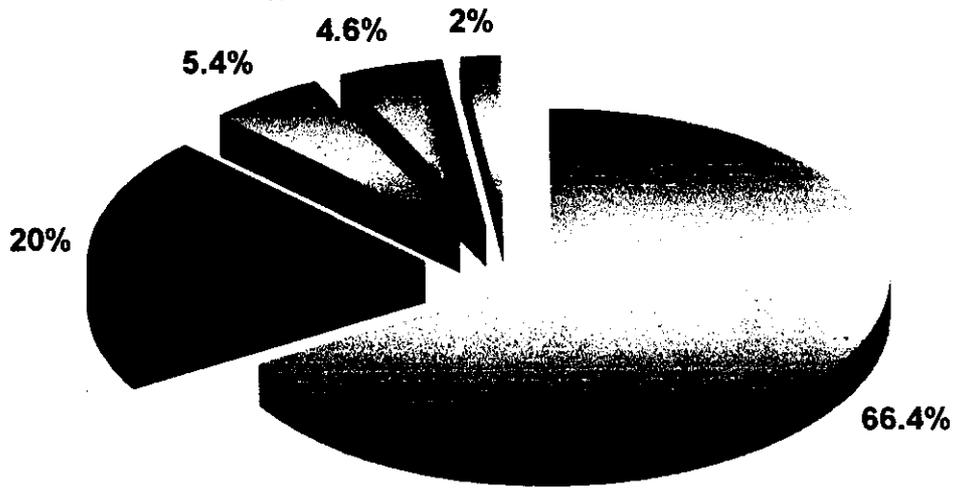


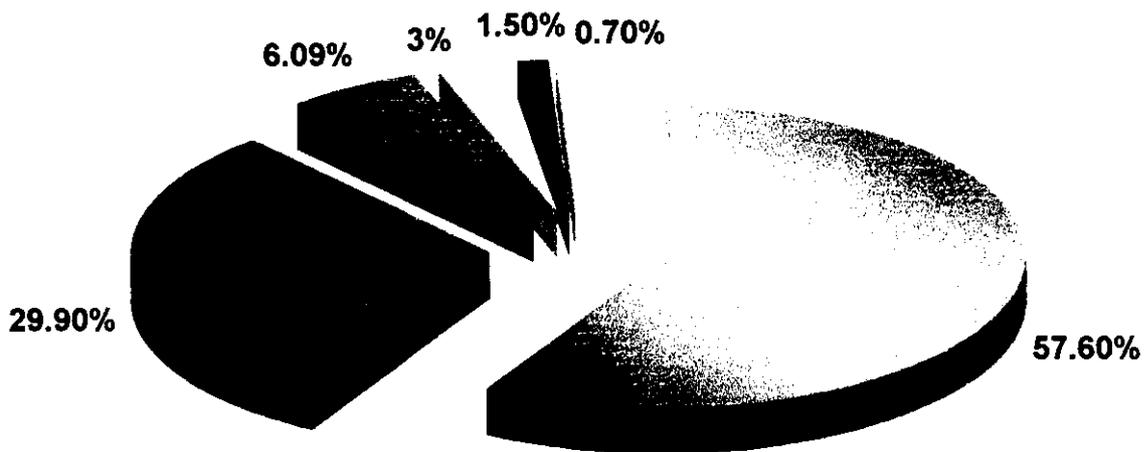
TABLA - 3

APGAR
PRODUCTOS POR CESAREA



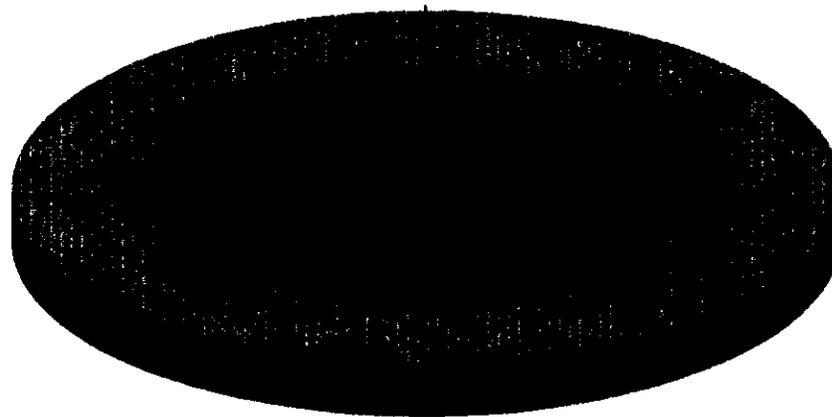
GRAFICA 6

APGAR
PRODUCTOS POR PARTO VAGINAL



GRAFICA 7

(OBITO)
0.078%



VIVOS
99.922%

GRAFICA 8