

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIO DE POSTGRADO
HOSPITAL DE LA MUJER.

INCIDENCIA DE CESAREA EN RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS EN
EMBARAZOS DE TÉRMINO.

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

0351708

AUTOR. *ALICIA HERNANDEZ SANTOS.*

Facultad de Medicina



ASESOR DE TESIS. *DRA. NELLY DEL CARMEN LEON.*

MEXICO D.F.

2005



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.

Esta tesis quedo registrada en el
Hospital de la Mujer en febrero del 2001.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Alicia Hernández

Inta.
FECHA: 28 Sep-01

FIRMA: [Firma]

m. lin

DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS.
Director General de Enseñanza, Hospital de la Mujer

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

DR. ESTEBAN GARCIA RODRIGUEZ
Profesor Titular del Curso de Ginecología y Obstetricia
Del Hospital de la Mujer

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

[Handwritten signature]

DRA. NELLY DEL CARMEN LEON
Asesor de tesis

[Handwritten signature]

DRA. ALICIA HERNANDEZ SANTOS.
Autor de Tesis.



HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE ENSEÑANZA

DEDICATORIA.

Se dedica el presente trabajo a todas las personas que me brindaron su apoyo, creyendo en que los sueños se pueden hacer realidad aunque aparentemente sea tarde en la vida.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por todo lo que me ha dado incluyendo la vida.

A mama Mago, a mama Luisa por su apoyo, comprensión y amor.

A mi esposo, por dar luz a mi camino y ser un guía en mi vida

A mis hijos, Noé y Josué, por soportar la espera en forma valiente incondicional y silenciosa.

A David y Silvia por haber creído siempre en mí.

A la Dra. Nelly del Carmen León, por su amistad, apoyo académico y moral

A los maestros Dr. Pérez Alvarado, Dr. Esteban García, Dra. Martínez Zúñiga, Dr. Mauricio Pichardo Cuevas., Dr. Zarate Santamaría. Dra. Vilma Reyes, Dr. Castillo; y otros grandes maestros por el tiempo y dedicación que brindan día a día para la formación de nuevos especialistas.

ÍNDICE.

	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEORICO.....	1
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
4. JUSTIFICACIÓN.....	12
5. OBJETIVOS.....	13
6. MATERIAL Y METODOS.....	14
7. RESULTADOS.....	16
8. DISCUSION.....	20
9. CONCLUSIONES.....	26
10. BIBLIOGRAFÍA.....	28
11. GRAFICAS	
12. ANEXOS	

INCIDENCIA DE CESAREAS EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZOS DE TERMINO

INTRODUCCIÓN

MARCO TEORICO

Desde su popularización en los años 70's la operación cesárea ha mostrado un notable incremento en su incidencia llegando hasta a cuadruplicarse hasta nuestros días. Esta tendencia de incremento en la preferencia de esta operación es una constante internacional, que parece deberse a que mediante la cesárea se ofrece mayor seguridad a la madre e hijo, al tener en condiciones controladas algunas de las variantes de la resolución del embarazo. Sin embargo, como todo procedimiento quirúrgico, la operación cesárea también se acompaña de complicaciones y de un incremento notable en los costos de la atención hospitalaria, por lo que recientemente se han publicado diversos estudios que proponen el disminuir el número de cesáreas a favor de incrementar la incidencia de partos vaginales, conservando un pronóstico favorable y baja tasa de complicaciones. Situaciones como las que se viven en algunas ciudades de Dinamarca o Irlanda pueden realizarse en otros países, en función de promover una optimización de los recursos destinados a la atención de la salud. ⁽¹⁻⁸⁾

Desde el inicio de la gestación, las membranas fetales corion y amnios se fusionan y trabajan juntos para contener al líquido amniótico el cual es indispensable para el buen desarrollo del embarazo. El líquido amniótico se recambia constantemente por

deglución y micción fetales. Las membranas fetales sirven además como barrera para impedir el paso a microorganismos desde la vagina y cérvix; además cumplen funciones de producir algunas sustancias como prostaglandinas, citocinas, hormonas proteicas, y enzimas. El amnios, formado de 5 capas no contiene vasos ni nervios y su aporte nutritivo le es dado a través del líquido amniótico. Las células epiteliales del corion producen colágenas de tipo III, IV, V y VI y proteínas no colágenas como glucoproteínas; contiene además fibroblastos y macrófagos. Todos estos elementos son los que determinan, a nivel bioquímico y molecular los acontecimientos que se suceden durante el embarazo, parto, y en su caso ruptura prematura de las membranas (R.P.M.).⁽¹⁾

Definición

La “Ruptura Prematura de Membranas” (R.P.M.) se define como la pérdida de continuidad de las membranas fetales que ocurre antes de que se inicie el trabajo de parto, alterándose las funciones de barrera y afectando las funciones antes descritas. El término “ruptura prematura” se aplica a la ruptura espontánea, que ocurre en un embarazo desde las 20 semanas de gestación y al menos 2 horas previas al inicio del trabajo del parto. Por otro lado el término “ruptura precoz” indica la ruptura espontánea que se presenta en el intervalo transcurrido entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Así, al definir la prematurez de la ruptura no se considera en función de la edad del embarazo, ya que el 10% de los casos ocurren en embarazos que son de término, pudiendo ser una variante normal del embarazo, iniciándose un trabajo de parto normal y obteniéndose un producto sano.⁽²⁾

Etiopatogenia

La causa de la rotura habitualmente se desconoce. Las membranas son muy resistentes al inicio del embarazo, sin embargo con el paso del tiempo diversos cambios bioquímicos y biofísicos las debilitan y aumentan las probabilidades de ruptura, procesos que implican la alteración en las fibras de colágena de la matriz extracelular del corion y amnios. Asimismo se han implicado el tabaquismo, la edad materna, la edad del embarazo, paridad, peso materno o traumatismos, e inclusive se ha hablado de un factor barométrico ambiental o de un factor lunar, entre otros, como factores etiológicos o contribuyentes al proceso, sin que hasta ahora se haya precisado completamente el papel que cada uno de estos factores juega. Se ha sugerido que puede tratarse de un acontecimiento normal a causa del debilitamiento natural en un proceso de muerte celular genéticamente programada, de las células de las membranas fetales, sin embargo Schwartz ha demostrado que las membranas no se rompen hasta que la dilatación cervical es casi del 100%, a menos que se realice amniotomía, hacia el final del embarazo.

Se han implicado al polihidramnios, la amniocentesis y el cerclaje cervical, cuyo mecanismo patogénico es a través del estiramiento excesivo de las membranas. En la incompetencia cervical las membranas se rompen pasado un tiempo de que éstas sobresalen al cérvix. El desprendimiento de placenta se ha asociado, sin esclarecerse cual ocurre primero, si la ruptura de membranas o el desprendimiento de placenta. Los traumatismos no penetrantes pocas veces se acompañan de ruptura, sin embargo debe tenerse en mente el mecanismo hidrodinámico y mecánico que pudieran condicionar. ^(1,3,4)

Se han considerado las infecciones, atribuyendo que debilitan la membrana, sin esclarecerse si primero ocurrió la ruptura, con la subsiguiente infección, o bien los microorganismos ascendieron primero, debilitaron las membranas y causaron su ruptura. Tampoco hay claridad respecto a si la rotura se asocia a factores del huésped o al tipo de microorganismos, o ambos.

Incidencia

La ruptura prematura de membranas es complicación en el 8-10% de todos los embarazos y en 80% de los casos ocurre al término de éstos. Es también la principal causante de partos pretérmino. Se atribuye que un tercio de partos pretérmino son debidos a RPM, siendo la causa más frecuente, de este tipo de parto sobretodo en mujeres de bajo nivel socioeconómico. ⁽⁵⁾

Las principales complicaciones de la ruptura prematura de las membranas son infecciones maternas y o fetales neonatales, parto y nacimiento prematuros, y asfixia secundaria a compresión del cordón umbilical, dada la pérdida de espacio que dentro de la cavidad uterina se ocasiona como resultado de la salida continuada del medio acuoso vital.

Rotas las membranas el inicio del trabajo de parto es habitualmente breve, denominándose a este intervalo de tiempo "período de latencia". Entre mas avanzado esté el embarazo al momento de la ruptura menor será el período de latencia. Así en 70% de los embarazos de término el parto se establece en 24 horas posteriores a la ruptura y en el 95% a las 72 horas, esto es,

si la ruptura ocurre antes del término del embarazo el período de latencia tiende a ser mas prolongado. ^(1,6)

El trabajo de parto es la consecuencia aceptable y debe uno preocuparse si no se inicia en forma breve. Sin embargo dado lo anterior cabe al menos el permitir el avance del trabajo del parto y la vigilancia de éste en espera de su resolución espontánea.

El riesgo de infecciones en embarazos de término se incrementa según se incrementa el periodo de latencia. La ruptura prolongada se define como aquella que dura mas de 24 horas sin que se inicie el trabajo de parto en embarazos de término y se asocia con mayor número de infecciones maternas, cuando se realiza la cesárea. Tales infecciones maternas son la corioamnioitis y la endometritis, mismas que pueden complicarse con septicemia, y secuelas de ésta como la coagulación intravascular diseminada, falla renal, falla ventilatoria y falla orgánica múltiple. Los microorganismos implicados son sobretodo estreptococos aeróbicos y anaerobios, coliformes y otros anaerobios sobretodo bacteroides y fusobacterium. La corioamnioitis varía entre 0.5 y 1% del total de embarazos y se incrementa a 3 a 15% en caso de ruptura prematura de membranas en embarazos de término. ⁽⁵⁾

El prolapso del cordón es mas frecuente cuando la ruptura de membranas ocurre antes del inicio del trabajo de parto (con índice de 1.5%). Se ha visto que la compresión del cordón se presenta con relación al oligohidramnios que acaece posterior a la ruptura. El índice de sufrimiento fetal es de 8.5% durante el

trabajo de parto subsecuente a la ruptura de membranas y de 1.5% en mujeres con trabajo de parto y membranas intactas, esto también podría explicar el índice de muerte fetal criptogénica que ocurre en casos de ruptura de membranas mantenidos en observación. Otro tipo de complicaciones como las debidas al oligohidramnios prolongado son menos frecuentes en embarazos de término. Así la edad gestacional, la instalación y evolución del parto, y las complicaciones agregadas determinarán el manejo indicado. ⁽⁶⁾

Diagnóstico

El diagnóstico puede establecerse sobre la base de la referencia de salida de material líquido abundante transvaginal y su goteo continuo. El examen físico, que debe ser inmediato, debe determinar si hay humedad del periné; en la exploración aséptica de la vagina, o se encuentra líquido que escurre hacia el fondo de saco posterior o su acumulación (maniobra de Valsalva), o al rechazar cefalicamente la presentación (maniobra de Tarnier). Se realiza una prueba con papel de Nitrazine para medir el pH vaginal que fuera del embarazo es de 4.5 a 6 y el líquido amniótico es de 7.1 a 7.3. Se puede realizar también una observación al microscópico del líquido desecado observando material en hojas de helecho, indicativo de líquido amniótico, en un procedimiento conocido como cristalografía. Cuando todavía hay dudas la ultrasonografía ayuda al diagnóstico al reportar oligohidramnios. ⁽⁷⁾

Una vez hecho y confirmado el diagnóstico, el manejo se establece sobre la base de los parámetros ya indicados. Cuando

hay trabajo de parto por lo general se permite que evolucione y la mujer dé a luz, mientras la cesárea y otras operaciones se reservan para sus indicaciones precisas. Si hay confirmación de infección se inicia la antibioticoterapia y se induce o conduce el parto. Dada la historia natural y la rápida progresión del parto después de la ruptura de las membranas la finalidad del manejo es disminuir el riesgo de infecciones y complicaciones del embarazo, sin incrementar la incidencia de cesáreas. ⁽¹⁾

Manejo

Una vez identificado un caso de ruptura prematura de membranas se debe hacer una evaluación para determinar la edad gestacional, si hay o no trabajo de parto, si hay o no datos de infección, y cuál es el estado de madurez del feto.

Hecha la evaluación se deben obtener muestras para cultivo y de ser posible evaluar las condiciones cervicales, sin realizar exploraciones excesivas ya que se ha observado que el tiempo transcurrido desde la ruptura no incrementa el riesgo de infección a menos que se realicen exploraciones vaginales en cuyo caso se incrementará la probabilidad de infecciones, de manera que la exploración cervical debe realizarse lo más cercana a la resolución del embarazo, considerando la fecha de última regla confiable utilizando la regla de Nagele, o contando con un ultrasonido del primer trimestre y transpolándolo a la fecha actual. Clínicamente, considerando la altura del fondo uterino. Es de utilidad un ultrasonido para valorar madurez placentaria y edad gestacional aproximada en una mujer sin alguna otra patología .

Debe determinarse si hay o no trabajo de parto, ya que si lo hay cabe continuarlo hasta su resolución, y reservar la cesárea para los casos de complicaciones. Se evaluarán las condiciones cervicales por exploración con espejo y se debe tener vigilancia continua de las condiciones del feto.

Cabe identificar si hay o no infección, tipo corioamnioitis, ya que se ha confirmado que su presencia aumenta la morbilidad y mortalidad, sin embargo no hay pruebas de que su tratamiento profiláctico disminuya éstas.

Se debe determinar el estado de bienestar fetal y mantenerse en vigilancia estrecha hasta la aparición del parto que cabe esperar en las siguientes 12 a 24 horas, o en cuanto aparezcan otras indicaciones para el nacimiento, tal vigilancia se establece con ayuda del registro cardiotocográfico, donde se presentan las desaceleraciones variables las cuales pueden ser progresivas, graves o refractarias. La pérdida de las aceleraciones suele indicar infección fetal, reportándose como una prueba sin estrés no reactiva y obligando a realizar una prueba de tolerancia a la oxitocina, para determinar la respuesta feto-placentaria, al reportarse positiva se puede considerar el nacimiento por cesárea.

El perfil biofísico es una prueba realizada por ultrasonido, en la que se considera entre otros parámetros la cantidad de líquido amniótico, así como la prueba sin estrés. En embarazos pretérmino el perfil biofísico tiene una gran importancia, sin

embargo en un embarazo de término con ruptura de membranas es de poca utilidad.

Como se señaló el 90% de los casos de RPM ocurridos en un embarazo a término presentarán trabajo de parto antes de 24 horas, sin embargo el riesgo de infecciones aumenta conforme se incrementa el período de latencia, por lo que muchos clínicos inician la inducción o conducción del parto a la brevedad posible, sin embargo no hay certeza de que con esta forma de proceder mejoren las condiciones, de las pacientes y sí se incrementa el índice de cesáreas y de infecciones maternas ⁽⁸⁾; por ello la conducta debe ser en estos casos, el mantener vigilancia estrecha durante las 12 a 24 horas posteriores a la ruptura, en función de evidenciar el inicio de trabajo de parto; aun en la paciente que a la evaluación presenta un cérvix no apto para la inducción del parto, ya que aún en estos casos el 90% de ellos se presentará trabajo de parto a las 48 horas de la ruptura. Iniciado el trabajo de parto se aplican los criterios habituales para evolución normal o cesárea. El estado del cuello uterino determina los buenos resultados de la inducción. Un cuello largo, cerrado y no maduro, constituye un mal pronóstico. Si se indica el parto en esta situación, será prolongado y llevará a problemas, la frecuencia de cesárea en estos casos (inducción fallida) llega incluso al 50% ⁽³³⁾. La palpación del cérvix es importante para valora el índice de Bishop ⁽³³⁾ y determinar si es factible una conducción o una inducción de trabajo de parto, ya que como sabemos en un cérvix no favorable la aplicación de prostaglandinas puede disminuir la resistencia del cuello ⁽³²⁾ y favorecer una conducción con oxitocina, evitando tactos frecuentes para disminuir el riesgo de infección. ^(3,8) (ver anexo 1)

Otro tipo de conductas terapéuticas, como el manejo expectante y vigilancia domiciliaria de las pacientes, o tratamientos de alto nivel como amnioparce plaquetario que si bien pueden tener alguna utilidad en embarazos con ruptura de membranas antes de las 37 semanas de gestación, no se aplican a los embarazos de término por no existir una indicación clara para esperar mas tiempo la resolución del embarazo. ^(3,9,10)

La resolución quirúrgica del embarazo a través de operación cesárea debe tener indicación precisa y fundamentada, ya que solo está indicada cuando aparecen signos de infección amniótica o datos de sufrimiento fetal. ⁽³⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ruptura prematura de membranas es una patología común en los servicios de atención obstétrica. La operación cesárea es uno de los instrumentos de manejo obstétrico que se emplean en esta patología. En observación de la práctica diaria hay una tendencia común a indicar operación cesárea en caso de ruptura prematura de membranas sin existir una indicación precisa lo cual puede influir en el incremento de los costos de atención hospitalaria por esta patología.

Por lo anterior cabe identificar cual es el patrón de atención que se sigue en el Hospital de la Mujer, para saber si la indicación de operación cesárea se realiza en base a criterios sustentados lógicamente y científicamente.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se realizó para conocer la indicación de cesárea en embarazos de término con ruptura prematura de membranas, conocer la evolución y complicaciones, así como manejo establecido en cada caso.

El estudio se considera valioso al servir como medio de información para conocer la correcta indicación de la operación obstétrica más frecuentemente realizada, para de esta forma optimizar los recursos materiales, además de fortalecer la formación académica del médico y ofrecer así a las pacientes una mejor atención con un mejor futuro obstétrico.

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la incidencia de cesáreas realizadas en ruptura prematura de membranas en embarazos de término, en función de su aplicación bajo un buen juicio o para corregir la conducta clínico-terapéutica en caso de controversia.

Objetivos Específicos :

- 1.- Identificar la incidencia de ruptura de membranas en embarazos de término, asociadas a operación cesárea, atendidas en el Hospital de la Mujer
- 2.- Precisar las condiciones agregadas que justifican una operación cesárea en embarazos de término con ruptura prematura de membranas en nuestra población
- 3.- Analizar la estrategia diagnóstica y su correcta aplicación en los casos diagnosticados como ruptura prematura de membranas.
- 4.- Identificar la prevalencia de complicaciones infecciosas en casos de ruptura prematura de membranas en embarazos de término atendidos por cesárea.
- 5.- Precisar los esquemas de antibioticoterapia profiláctica y terapéutica utilizados en casos de ruptura prematura de membranas en embarazos de término manejados por operación cesárea.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio clínico, retrospectivo, longitudinal, observacional, por obtención de datos de los expedientes del archivo clínico determinándose como criterios de inclusión el ser pacientes del Hospital de la Mujer atendidas con diagnóstico de embarazo de término (38 a 42 semanas de gestación) que presentaron Ruptura Prematura de Membranas y que fueron sometidas a operación Cesárea en el período comprendido de Enero de 1997 a Diciembre de 1999.

De la población total obtenida se seleccionó una muestra aleatoria que permitiera un intervalo de certeza superior al 90% con un error estadístico inferior al 10%. Se realizó la selección de los casos por muestreo sistemático.

Se consideraron como criterios de exclusión la información dudosa, como edad gestacional ignorada o incierta, falsa ruptura de membranas, así como los casos en los cuales el expediente clínico resultó incompleto o insuficiente para precisar la evolución de las pacientes.

Como criterio de eliminación se considero la ruptura de las membranas artificial.

Se registraron los datos de los expedientes en hojas que incluyeron las variables: ocupación y actividad física, nivel socio-económico. Antecedentes patológicos personales, incluido tabaquismo, antecedentes gineco-obstétricos y de evolución del embarazo actual e infecciones u otra patología durante el mismo. Se registraron las condiciones ginecológicas al ingreso, así como su evolución intrahospitalaria, tactos vaginales realizados, el manejo indicado y resolución finales. Se anotaron

las indicaciones principales de la cesárea y las indicaciones agregadas, las complicaciones y manejo de las mismas. En todos los casos se registró el tiempo transcurrido entre la ruptura de membranas y el ingreso al hospital y el tiempo transcurrido entre la ruptura y la resolución del embarazo por cesárea, asimismo se precisó el esquema antibiótico empleado y las condiciones del egreso de las pacientes. (ver anexo 2)

Los datos así obtenidos se manejaron mediante captura en hoja de cálculos de Microsoft Excel, para posteriormente tabularse, graficarse y analizarse.

RESULTADOS

En el período comprendido de Enero de 1997 a Diciembre de 1999 de un total de 30 068 casos atendidos por embarazo de término, 12 742 (42 %) lo fueron mediante operación cesárea. De éstos últimos hubo un total de 793 casos, asociados a ruptura prematura de membranas (6.22 %). Una vez hecho el cálculo de la muestra aceptable para esta población, con un error aceptable del 10% y un intervalo de certeza estadístico superior al 90% se obtuvo un resultado de 88 casos, mismo que para fines prácticos se redondeó a 100 casos, que fueron seleccionados por técnica de muestreo sistemático.

De los 100 casos de muestra seleccionados, que corresponden al 100%, en 58% se encontraron en el rango de edad de 15 a 24 años, 36% entre 25 y 34 años de edad y 6% mayores de 35 años de edad. (gráfica 1)

En cuanto al estado civil se encontraron 34% casadas, 27% solteras y 39% en unión libre. (gráfica 2)

En cuanto al nivel de escolaridad resalta que en 44% tienen nivel de escolaridad primario, en 33% nivel medio básico, 14% nivel medio superior, 5% un nivel de licenciatura y en 4% analfabetismo. (gráfica 3)

Las actividades del hogar fueron la ocupación más frecuente, en 83%, comercio en 6%, trabajo como doméstica 3%, empleada en 2%, estudiante 2%, y estilista, enfermera, fotógrafa y secretaria 1% para cada una de estas ocupaciones. (gráfica 4)

Se reportó tabaquismo en 4 pacientes (4%), en 2 de las cuales el hábito prosiguió aún durante el embarazo. (gráfica 5)

En 25% no se llevó control prenatal, en 5% control con menos de 3 consultas, en 42% el control fue en más de 4 consultas y en 28% se refirió haber llevado control prenatal, sin precisarse el número de consultas llevadas. (gráfica 6)

En 56% se trataba del primer embarazo, en 23% del segundo embarazo, en 9% del tercer y cuarto embarazo cada uno y del sexto embarazo en el 2%. (gráfica 7)

Se registraron en 9% infecciones vaginales, en 3% infecciones urinarias y en 2% condilomatosis genital. (gráfica 8)

Al ingreso se registraron 52% con ruptura de membranas menor de 6 horas previas al ingreso, 24% con ruptura entre 6 y 12 horas previas al ingreso, 15% entre 12 y 24 horas y 9% con ruptura de más de 24 horas previas al ingreso. (gráfica 9).

En 15% se realizaron tactos vaginales previo al ingreso al hospital. (gráfica 10)

Hubo 90% que presentaron actividad uterina al ingreso. (gráfica 11)

En relación a la dilatación cervical registrada al ingreso, en 50 % se registró una dilatación mayor de 2 cm., y en el 50% restante la dilatación fue inferior a este valor. (gráfica 12).

En 66% se encontró un borramiento cervical al ingreso mayor al 30%, en 13% un borramiento menor al 20% y en 21% sin borramiento cervical. (gráfica 13).

En cuanto al manejo indicado al ingreso de las pacientes, en 7% se indicó la observación y libre evolución, en 16% se indicó

manejo por inducto-conducción y el restante 77% se indicó manejo por cesárea desde el ingreso de la paciente. (gráfica 14)

Con respecto al número de exploraciones genitales hechas en la unidad tocoquirúrgica, se realizaron 1 solo tacto vaginal en 68%, en 16% 2 tactos, en 7% 3 tactos y en 9% más de 4 tactos antes de la resolución del embarazo; en 1 caso (1%) hubo 8 tactos vaginales en espacio de 2 horas de espera. (gráfica 15)

No hubo algún caso con datos de infección. (gráfica 16)

En relación al diagnóstico de la ruptura de membranas en el 100% de los casos se realizó por interrogatorio directo, y se confirmó por especuloscopia en 2%, con maniobra de Tarnier en 8% y en 2% por cristalografía. (gráfica 17)

El tiempo de espera entre el ingreso y la indicación de la cesárea fue de 1 hora en 50%, de 2 horas en 19%, de 3 horas en 8%, de 4 horas en 8%, de 5 horas en 4%, de 6 horas en 4%, en 2% de 7 horas. En 5 casos (5%) la espera fue superior a las 8 horas. (gráfica 18)

Con relación a la indicación de la cesárea el diagnóstico de *Cérvix no apto para la inducto-conducción* se presentó 49%, *ruptura prematura de membranas* en 11%, *desproporción céfalo-pélvica* en 9%, *sufrimiento fetal agudo* en 7%, *periodo intergenésico corto* en 5%, *falta de progresión del trabajo de parto* en 5%, *cesárea iterativa* en 4%, *condilomatosis genital* en 4%, *presentación pélvica* en 2%, 1% de *oligohidramnios severo*, 1% por *preeclampsia severa* y 1% en *primigesta añosa*. (gráfica 19)

De los casos referidos de cérvix no apto para la inducto-conducción solo en 6 (6%) se realizó calificación de Bishop, encontrando en 5 casos (5%) un valor de 3 y en 1 caso (1%) calificación de 2.

La estancia hospitalaria fue de 2 días en 11%, de 3 días en 65%, de 4 días en 18% y mayor de 5 días en 6%. (gráfica 20)

La Penicilina G sódica cristalina fue el antibiótico más utilizado como profiláctico en 68%, la Ampicilina se utilizó en 14% y la Gentamicina en 3%; las asociaciones de antibióticos se utilizaron combinando Penicilina cristalina- Gentamicina en 9% y Ampicilina-Gentamicina en 1%; no se utilizó antibiótico profiláctico en 5%. (gráfica 21)

DISCUSIÓN

Del período considerado de Enero de 1997 a Diciembre de 1999 y con un número total pacientes con embarazos de término de 30 068 casos, correspondiendo a los atendidos por operación cesárea un total de 12 742 casos (42%) muestran un porcentaje de cesáreas elevado con respecto a la cifra promedio publicada, (13,18,19)

Respecto a los datos encontrados en relación a el nivel socio-económico y el nivel de escolaridad de las pacientes, con un predominio de pacientes solteras (27%) o que viven en unión libre (39%) y dedicadas en su mayoría al hogar (83%), con niveles de escolaridad de primaria (44%) o secundaria (33%), pueden reflejar más el estado promedio de la población en general que marcar una tendencia de relación de tales datos con la ruptura prematura de membranas o con la mayor incidencia de cesáreas, aunque en la literatura se expongan tales como factores asociados importantes. Sin embargo, cabe señalar el hecho de que una actividad diferente de las del hogar y un nivel de escolaridad mayor parecen asociarse con una cierta predisposición a añadir otro factor de riesgo, que es el tabaquismo, ya que de 4 pacientes que se encontraron con hábito tabáquico una de ellas refirió nivel de escolaridad de bachillerato, una nivel profesional y otra más se dedica a la fotografía; esto es relevante en el momento en que 3 de las pacientes que fuman ingresaron al hospital con ruptura de membranas de más de 12 horas de evolución y en 2 de ellas hubo valoraciones del neonato con Apgar de 7. (19,20)

El 75% de las pacientes recibieron algún tipo de control de su embarazo, que es un reflejo de que independientemente de su nivel socio-cultural las pacientes acuden a valoración médica

prenatal. Se detectaron en el 14% algún tipo de infección durante el embarazo, en 21% de las cuales (3 casos) se diagnosticó amenaza de parto prematuro, solamente; esto teniendo como explicación probable el hecho de que la mayor parte de los casos de infecciones durante el embarazo, que desencadenen parto prematuro o ruptura prematura de membranas, probablemente se resuelven antes del período de término del embarazo. Por lo anterior, y considerando que el presente estudio se centra en embarazos de término, cabe realizar una ampliación del mismo para precisar este punto en relación de la interrelación infecciones-parto prematuro-ruptura prematura de membranas.

En relación a las condiciones de ingreso tres cuartas partes de las pacientes ingresaron con una ruptura de membranas de menos de 12 horas (76%) y el 79% con un trabajo de parto establecido (borramiento cervical mayor de 20%, una dilatación cervical de más de 2 cm, y con actividad uterina), lo cual indica que el manejo esperado será el mantener la vigilancia de un trabajo de parto habitual, sin embargo el manejo indicado al ingresar la paciente se estableció como cesárea inmediata en el 77% de las pacientes (cuya principal indicación fue *cérvix no apto para conducción*, ver mas adelante), como conducción de parto en 16% y como vigilancia de evolución espontánea al 7%. Lo anterior contrasta importantemente con la sugerencia general que respecto de estos casos se hace, en relación de que con estos parámetros el manejo debe ser mediante vigilancia y evolución de un trabajo de parto normal o conducción del mismo. (12,16,18,19,21 - 29)

El tiempo transcurrido entre el ingreso y la cesárea fue de menos de 4 horas en el 85% de las pacientes (en el 50% fue de 1 hora), en la mayoría de estos atribuido a la indicación de cesárea

hecha al ingreso de la paciente, donde a todas las pacientes se les realizó un tacto vaginal, aún sin la confirmación de la ruptura o no de las membranas fetales, contra la sugerencia bibliográfica de, antes de realizar tactos vaginales preferiblemente confirmar el diagnóstico de ruptura de membranas y reservar los tactos para un momento lo más cercano a la resolución del embarazo, para disminuir los riesgos de infección agregada.

Respecto del número de tactos vaginales realizados fue de 1 tacto en 68% de las pacientes y de 2 tactos en un 16%, en 16% se realizaron más de 3, aún así no hubo datos de infección reportados en ninguna paciente, ni al ingreso ni durante su estancia hospitalaria.

En cuanto al diagnóstico de la ruptura de membranas se realizó mediante interrogatorio en el 100% de las pacientes, pero solo fue confirmado en 2 pacientes mediante exploración con espejo vaginal, en 8 pacientes con maniobra de Tarnier y en 2 por cristalografía. Desde este punto de vista el diagnóstico de la ruptura de membranas se apoyó en la gran mayoría de las pacientes, solo por clínica, interrogatorio más Tarnier, interrogatorio más cristalografía y en ningún caso por ultrasonografía.

Respecto a los diagnósticos principales que fueron motivo de la cesárea resalta el que en 49% se atribuyeron a un diagnóstico de cérvix no apto para la conducción, cuando solo en 6 casos (6%) se realizó una valoración (índice de Bishop) propia para diagnosticar tal entidad, y solo en un caso se mantuvo a la paciente en observación por un tiempo mínimo de 12 horas ; a este respecto se recabaron los datos necesarios de los expedientes para realizarles valoraciones de Bishop a los 49

casos arriba referidos, para confirmar el diagnóstico de cérvix no apto para la conducción encontrándose confirmado en 32 de los 49 casos, y de estos 32 solo en 5 casos, todas primigestas se mantuvieron en observación por más de 3 horas, 2 de ellas (6%) 6 horas, 1 de ellas (3%) 5 horas y 2 de ellas (6%) 4 horas. Así el diagnóstico de “cérvix no apto para la conducción”, que para realizarse su calificación debe evaluarse en un período de observación mínima de 12 horas, no puede sustentarse salvo en uno de los casos calificados habiendo sido necesario en todos los demás un período de observación para permitir un trabajo de parto normal.⁽³⁰⁾

Respecto del diagnóstico de ruptura prematura de membranas como indicación de cesárea solo en 1 caso de los 11 registrados se determinó un tiempo de ruptura de más de 24 horas (29 horas), sin desarrollarse trabajo de parto, por lo que es el único de todos los casos en que puede sustentarse la indicación de cesárea bajo este diagnóstico, siendo todos los demás casos meritorios de observación, ya que de acuerdo a los reportes de la literatura cabe esperar el inicio de trabajo de parto en 70% de las pacientes a las 24 horas y hasta del 96% en las siguientes 72 horas.^(1,6)

En los casos de desproporción céfalo-pélvica, que sirvió como indicación de cirugía en 9 (9%) casos, solo resaltan 2 casos en los cuales se obtienen un producto de 2 900 gramos y en otro un producto de 2 550 gramos y en ambos casos se observaron uno por 6 horas y otro 7 horas, presentando ambos un avance en la dilatación de 2 cm, sin haber referencia respecto del tipo de pelvis materna ni de la realización o no de prueba de trabajo de parto, ya que el peso por sí solo no justifica la intervención .

El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo como condición agregada se presentó como indicación en 7 casos (7%) de los cuales en todos menos en uno se obtuvieron productos con Apgar de 8 al minuto y de 9 a los 5 minutos, el caso en que el Apgar al minuto fue de 7 y a los 5 minutos de 9 éste se mantuvo en observación por un período de 25 horas sin haber presentado avance del borramiento ni la dilatación y en la cesárea se identificó atonía uterina que ameritó histerectomía; en todos los casos hubo líquido amniótico meconial. ^(14,28,31)

Hubo 5 casos de cesáreas indicadas por período intergenésico corto, siendo aquel que es menor de 15 meses. De estos casos cabe resaltar que aún los autores que señalan que puede hacerse una cesárea aún en caso de una o 2 cesáreas previas, no se indica el trabajo de parto en caso de un período intergenésico corto. ^(12,21,24,25,26,28,29,32)

De los 5 casos indicados por falta de progresión del trabajo de parto cuyos períodos de espera fueron respectivamente de 2,6,7,10 y 39 horas, encontrándose que solo en éste último caso hubo un avance de la dilatación hasta de 3 cm, sin embargo, cabe señalar que pudo haberse dado tiempo para la consecución del parto, si no había datos de complicación o agregados. ⁽³³⁾

De los 2 casos de cesárea indicados por presentarse un producto pélvico cabe siempre tener en mente la tendencia actual de procurar disminuir la incidencia de cesáreas para lo cual hay quienes proponen que es tan eficaz la cesárea como el realizar la atención mediante versiones cefálicas externas y continuar la vigilancia para manejo por parto. ^(34,35)

El caso indicado por oligohidramnios severo se trató de una paciente primigesta, sin control previo que ingresó con 4 horas de ruptura de membranas, con actividad uterina y dilatación cervical de 2 cm y que avanzó en 2 horas hasta 6 cm con 60% de borramiento y que presentó como diagnóstico agregado sufrimiento fetal, obteniéndose un producto de 2 750 gramos, con Apgar al minuto de 7 y a los 5 minutos de 9. En este caso la táctica de la indicación quirúrgica debería haber sido fundamentar la cesárea en función del sufrimiento fetal, mas que por el oligohidramnios, puesto que éste era el resultado lógico de la ruptura de membranas y la compresión del cordón sabemos que condiciona el sufrimiento fetal agudo. ⁽⁶⁾

Del caso en el cual se indicó la cesárea por tratarse de una primigesta añosa (edad de 37 años) la paciente no suspendió el hábito del cigarro durante su embarazo, fumando una cajetilla de cigarrillos al día, no llevó control prenatal e ingresó con 12 horas de ruptura de membranas y que se mantuvo en vigilancia de parto espontáneo durante 4 horas, sin presentarse avance en el borramiento ni la dilatación. En este caso el producto, con 2 975 gramos de peso y Apgar de 7 y 9 no presentó por lo demás complicaciones agregadas. La literatura cita que inclusive en casos de primigestas añosas cabe el manejo mediante trabajo de parto monitorizado, sin incremento en las complicaciones, aunque también se señala que la cesárea puede ofrecer menos morbilidad y mortalidad, actuando el médico con más confianza en tales condiciones. ^(36,37,38)

En cuanto a la estancia hospitalaria en el 94 % de los casos fue menor de 72 horas, sin embargo no hay reportadas complicaciones o agregados en relación de la madre o del producto, coincidiendo con lo reportado a nivel internacional.

CONCLUSIONES

- En el Hospital de la Mujer el porcentaje de cesáreas es alto, llegando a representar el 42 % de los casos atendidos por embarazo de término. De éstos el 6.22% se encuentran asociados a RPM
- La indicación de cesárea más frecuente fue *cérvix no apto para la conducción* no habiéndose encontrado esta entidad nosológica referida en la literatura, y menos ser una indicación de cesárea.
- La segunda indicación de cesárea fue la RPM en sí, misma que no figura como una indicación validada por la literatura.
- El diagnóstico de RPM se establece por interrogatorio y solo se confirmó en 12% de los casos.
- La incidencia de infecciones relacionadas a RPM fue baja, el número de tactos vaginales es mínimo, la morbi-mortalidad es baja.
- El esquema de antibiótico profiláctico empleado no corresponde al sugerido por la literatura actual, sin embargo el empleado mostró ser eficiente y accesible.
- La estancia postoperatoria por una cesárea es corta y no hay complicaciones inmediatas evidentes, lo cual puede reflejar la nobleza del procedimiento.

La operación cesárea ofrece seguridad y comodidad tanto a la madre como al neonato, sin embargo deben valorarse otros factores tales como los recursos materiales, costos y futuro obstétrico, así como complicaciones tardías del procedimiento en la indicación de la cesárea en función de cumplir o no con la expectativa del beneficio que aporte sin incremento en las complicaciones, para lo cual cabe exhortar a la unificación de criterios para el manejo de esta condición en bien de la optimización de la enseñanza médica.

BIBLIOGRAFIA

1.- Myers, S.A.

A Successful Program to Lower Cesarean- Section Rates
N. Engl. J. Med. 1988 ; **319** (23) : 1511 - 16 .

2.- Miller, D.A.

Vaginal Birth After Cesarean : A 10 year experience
Obstet. & Gynecol. 1994 ; **84** (2) : 255 - 8 .

3.- Gleicher , N.

Cesarean Section Rates in the United States
JAMA 1984 ; **252** (23) : 3273 - 6 .

4.- Sánchez , R.L.

Reducing Cesarean Sections at a Teaching Hospital
Am. J. Obst. & Gynecol. 1990; **163** (3) : 1081 - 8 .

5.- Paul , R.H.

Cesarean Birth : How to reduce the rate
Am. J. Obst. & Gynecol. 1995; **171** (6) : 1903 - 11 .

6.- Flamm,B.L.

Vaginal Birth After Cesarean Delivery
Obstet. & Gynecol. 1990 ; **76** (5) : 750 - 4 .

7.- O'Driscoll, K.

Active Management of Labor as an Alternative to Cesarean
Section for Dystocia
Obstet. & Gynecol. 1984 ; **63** (4) : 485 - 90 .

- 8.- Sachs, B.P.
Cesarean Section-Related Maternal Mortality in Massachusetts,
1954 – 1985
Obstet. & Gynecol. 1988 ; 71 (3) : 385 – 8 .
- 9.- Parry, S.
Premature Rupture of the Fetal Membranes
N. Engl. J. Med. 1998 ; 338 (10) : 663 – 70 .
- 10.- Ahued A.J.R.
Normas y Procedimientos en Perinatología
Instituto Nacional de Perinatología 1998 ; 1 – 4 .
- 11.- Rowland, T.C.
Transactions of the Sixtieth Annual Meeting of the South
Atlantic Association of Obstetricians and Gynecologists
Am. J. Obst. & Gynecol. 1998; 179 (2) : 283 – 91 .
- 12.- Draper, D.
Elevated Protease Activities in Human Amnion and Chorion
Correlate with Preterm Premature Rupture of Membranes
Am. J. Obst. & Gynecol. 1995; 173 (5) : 1506 – 12 .
- 13.- Mercer, B.M.
Antibiotic Therapy for Preterm Premature Rupture of
Membranes
Clin. Obstet. & Gynecol. 1998 ; 41 (2) : 461 – 8 .
- 14.- Richards, D.S.
Complications of Prolonged PROM and Oligohydramnios
Clin. Obstet. & Gynecol. 1998 ; 41 (4) : 817 – 26 .

- 15.- Vintzileos, A.M.
Fetal Biophysical Assessment in Premature Rupture of the Membranes
Clin. Obstet. & Gynecol. 1998 ; **38** (1) : 45 – 58 .
- 16.- Mahmood, T.A.
A Randomized Trial of Management of Pre-Labor Rupture of Membranes at Term in Multiparous Women Using Vaginal Prostaglandin Gel
Obstet. Gynecol. 1995 ; **85** (1) : 71 – 4 .
- 17.- Bartfield, M.C.
The Home Management of Preterm Premature Ruptured Membranes
Clin. Obstet. & Gynecol. 1998 ; **41** (3) : 503 – 14 .
- 18.- Quintero, R.A.
Treatment of Iatrogenic Previably Premature Rupture of Membranes with Intra-Amniotic Injection of Platelets and Cryoprecipitate (Amniopatch)
Am. J. Obst. & Gynecol. 1999; **181** (3) : 744 – 9 .
- 19.- Stafford, R.S.
The Impact of Nonclinical Factors on Repeat Cesarean Section
JAMA 1991 ; **265** (1) : 59 – 63 .
- 20.- Butler, J.
Supportive Nurse-Midwife Care is Associated with a Reduced Incidence on Cesarean Section
Am. J. Obst. & Gynecol. 1993; **168** (5) : 1407 – 13 .

21.- Kirk,E.P.

Vaginal Birth Afret Cesarean or Repeat Cesarean Section :
Medical risk or social realities?

Am. J. Obst. & Gynecol. 1990; **162** (6) : 1398 – 405 .

22.- López-Zeno,J.A.

A Controlled Trial of a Program for the Active Management of
Labor

N. Engl. J. Med. 1992 ; **326** (7) : 450 – 4 .

23.- DeMott,R.K.

The Green Bay Cesarean Section Study

Am. J. Obst. & Gynecol. 1990; **162** (6) : 1593 – 602 .

24.- Hale,R.W.

Reducing the Rate of Cesarean Deliveries

JAMA 1994 ; **272** (7) : 558 – 9 .

25.- Notzon,F.C.

International Differences in the Use of Obstetric Interventions

JAMA 1990 ; **263** (24) : 3286 – 91 .

26.- Flamm,B.L.

Elective Repeat Cesarean Delivery Versus Trial of Labor

Obstet. & Gynecol. 1994 ; **83** (6) : 927 – 32 .

27.- Handa,V.L.

Active-Phase Arrest in Labor : Predictors of Cesarean Delivery
in a Nulliparous Popúlation

Obstet. & Gynecol. 1993 ; **81** (5) : 758 – 63 .

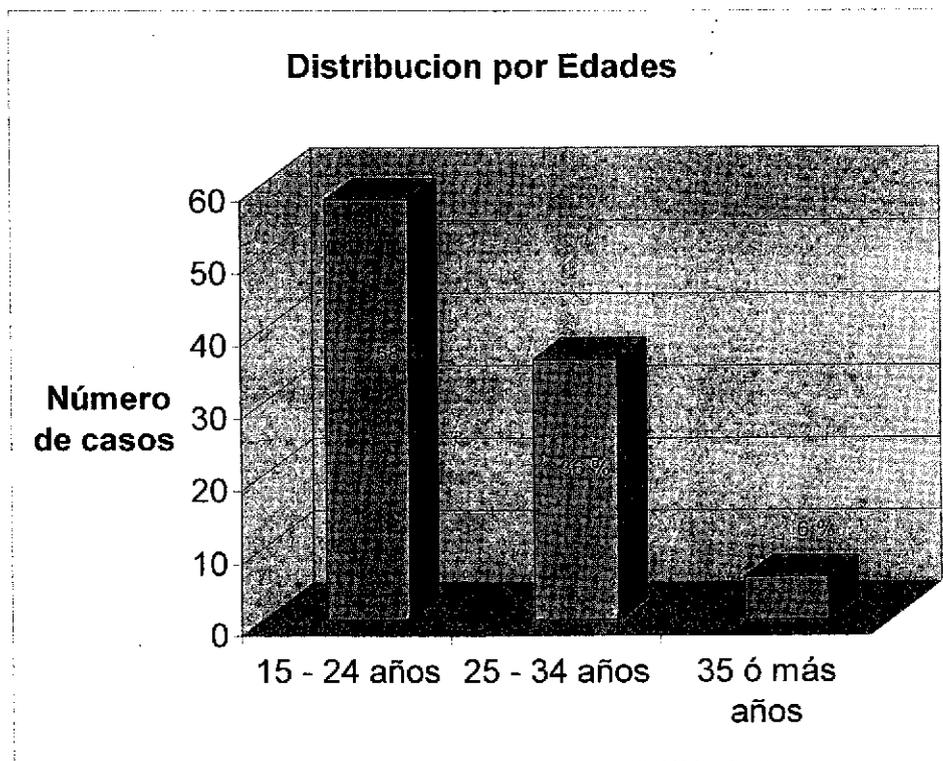
- 28.- Phelan, J.P.
Twice a Cesarean, Always a Cesarean?
Obstet. & Gynecol. 1989 ; **73** (2) : 161 – 5 .
- 29.- Gregory, K.D.
Repeat Cesareans : How many are elective?
Obstet. & Gynecol. 1994 ; **84** (4) : 574 – 8 .
- 30.- Dexeus, J.M.
Tratado de Obstetricia Dexeus
Salvat editores 1982 .
- 31.- Norman, P.F.
Management of Anesthetic Complications and Emergencies in
the Obstetric Patient
Obstet. Clin. North Am. 1995 ; **22** (1) : 1 – 12 .
- 32.- Ulmsten, U.
Aspects of Rippening of the Cervix and Induction of Labor Bird
Intracervical Application of PGE2 in Viscous Gel
Acta Obstet. Gynecol Scand.; suppl 84 : 5 , 1979 .
- 33.- Kunppel, R.A
Parto y Expulsión Dificil
Clin. Perinatol. 1981 ; 1 : 54.

GRAFICAS

DISTRIBUCIÓN POR EDADES

Grupo de Edad	Número de casos	%
15 - 24 años	58	58
25 - 34 años	36	36
Más de 35 años	6	6
Total	100	100

GRAFICA 1



Hospital de la Mujer , Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

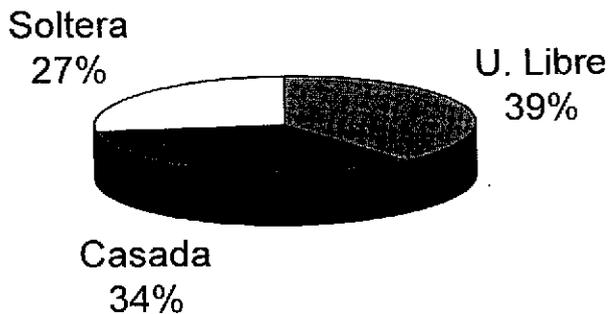
INCIDENCIA DE CESAREAS EN R.P.M. EN EMBARAZO DE TERMINO

ESTADO CIVIL

Estado civil	Soltera	Casada	U. Libre	Total
Número de Casos	27	34	39	100 casos

GRAFICA 2

ESTADO CIVIL

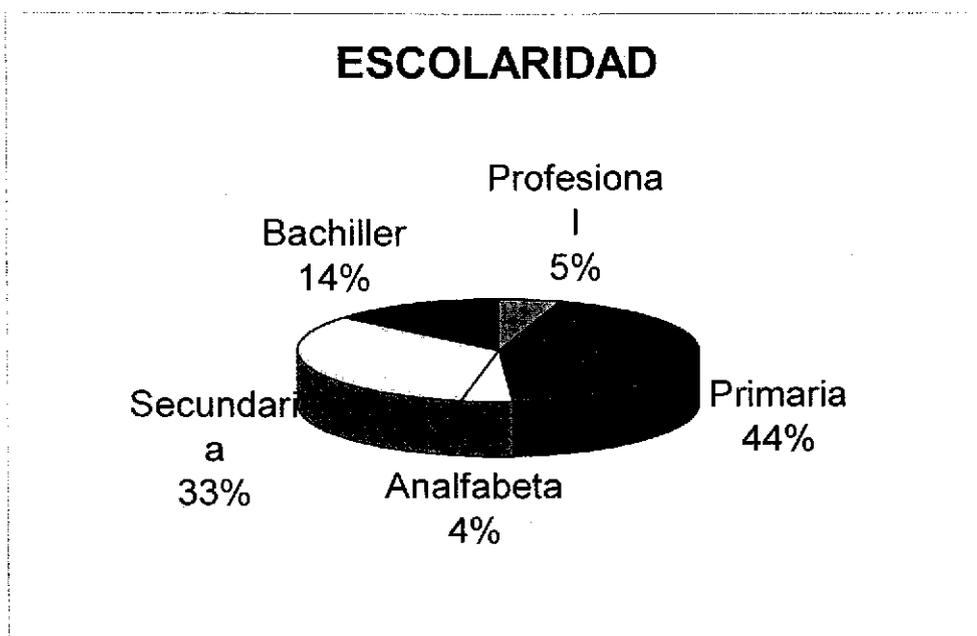


Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

ESCOLARIDAD

Grado Escolar	Número de Casos	%
Primaria	44	44
Secundaria	33	33
Bachillerato	14	14
Profesional	5	5
Analfabeta	4	4
Total	100	100

GRAFICA 3



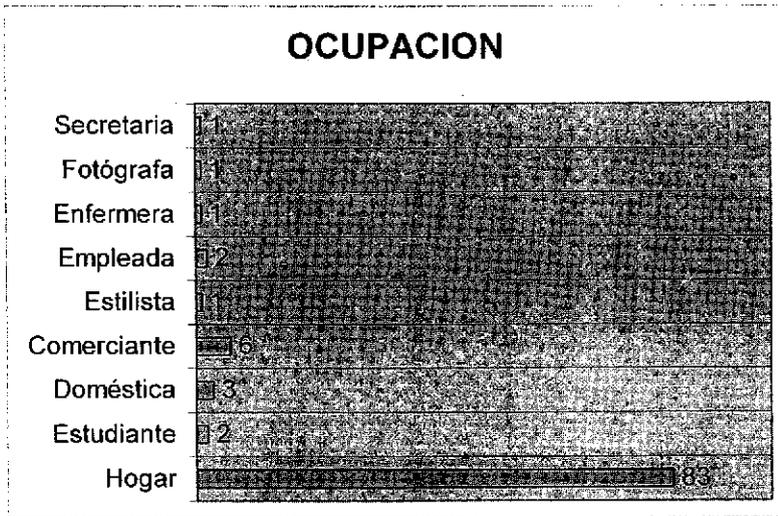
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
 TOTAL DE CASOS = 100

INCIDENCIA DE CESAREAS EN R.P.M. EN EMBARAZO DE TERMINO

OCUPACION

Ocupación	Número	%
Hogar	83	83
Estudiante	2	2
Doméstica	3	3
Comerciante	6	6
Estilista	1	1
Empleada	2	2
Enfermera	1	1
Fotógrafa	1	1
Secretaria	1	1
Total	100	100

GRAFICA 4



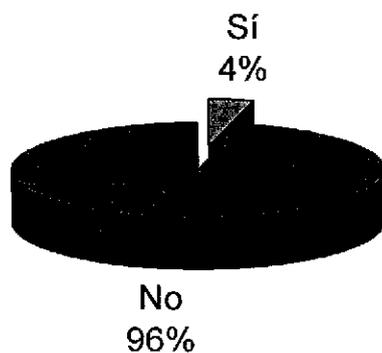
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
 TOTAL DE CASOS = 100

TABAQUISMO

Tabaquismo	Número de casos	%
Sí	4	4
No	96	96
Total	100	100

GRAFICA 5

TABAQUISMO



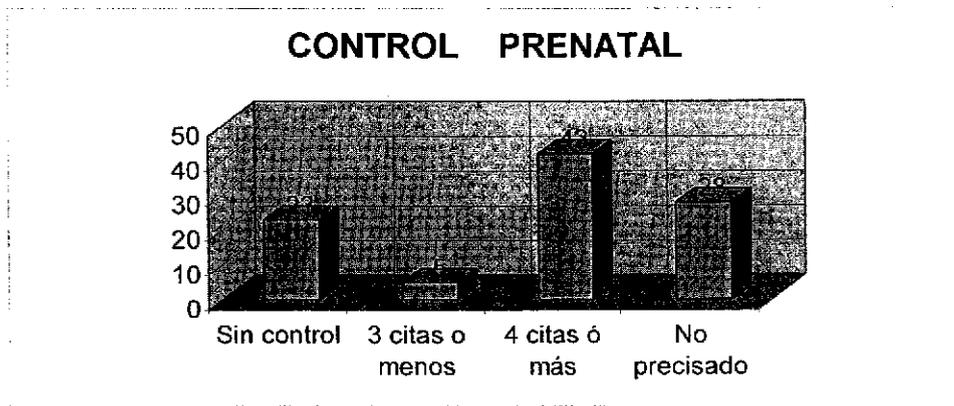
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

INCIDENCIA DE CESAREAS EN R.P.M. EN EMBARAZO DE TERMINO

CONTROL PRENATAL

Control	Número de casos	%
Sin control	23	23
3 citas o menos	5	5
4 citas ó más	42	42
No precisado	28	28
Total	100	100

GRAFICA 6



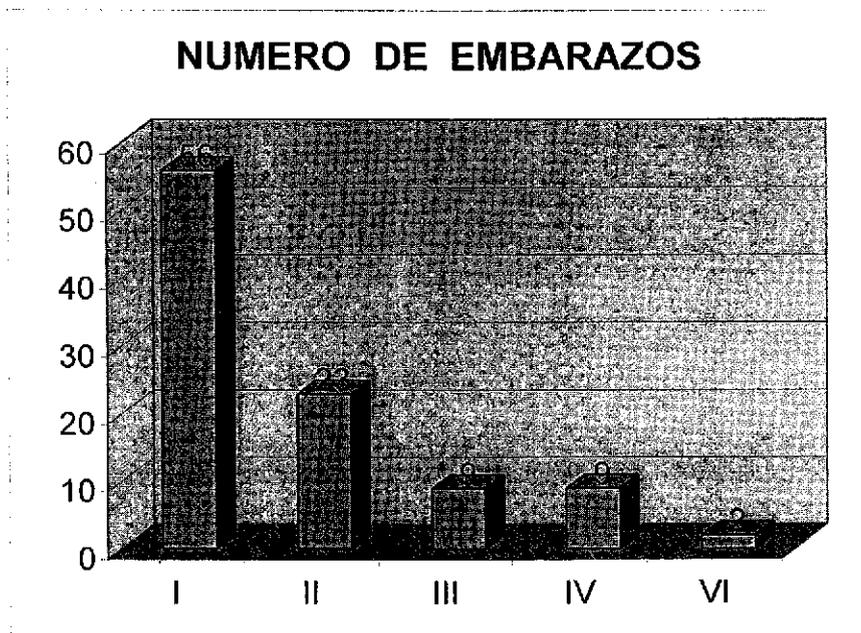
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

INCIDENCIA DE CESAREAS EN R.P.M. EN EMBARAZO DE TERMINO

NUMERO DE EMBARAZOS

No de Embarazos	Número de casos	%
I	56	56
II	23	23
III	9	9
IV	9	9
VI	2	2
Total	100	100

GRAFICA 7



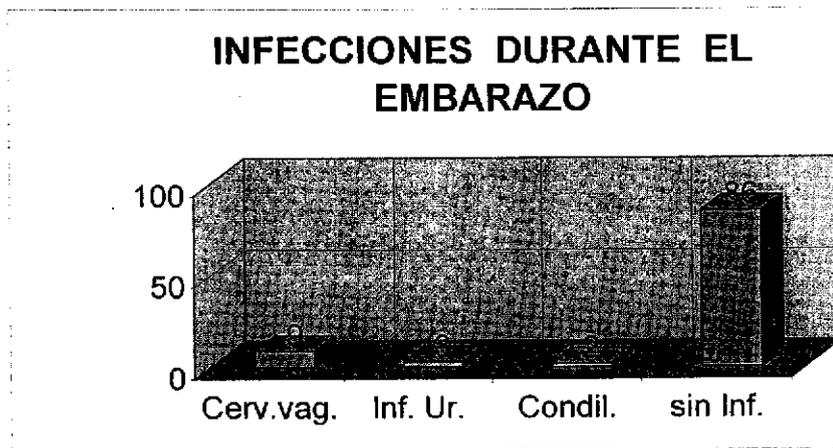
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999

TOTAL DE CASOS = 100

INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO

Infecciones	Número de casos	%
Cervicovaginitis	9	9
Infección urinaria	3	3
Condilomas	2	2
Sin Infección	86	86
Total	100	100

GRAFICA 8



Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

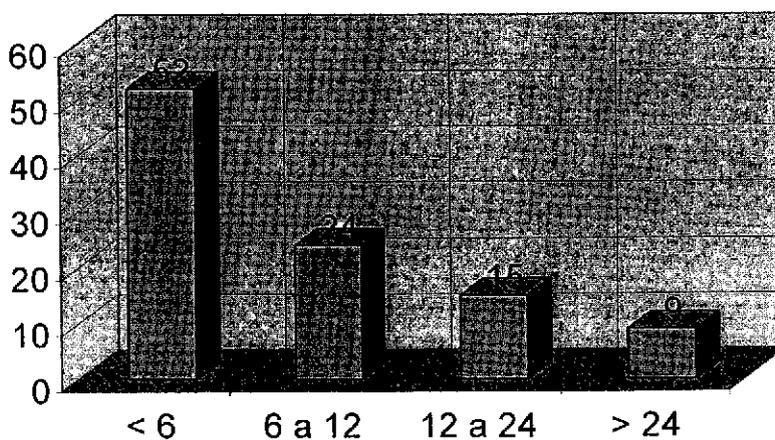
INCIDENCIA DE CESAREAS EN R.P.M. EN EMBARAZO DE TERMINO

HORAS DE RUPTURA PREVIO AL INGRESO

Horas de Ruptura	Número de casos	%
Menos de 6	52	52
6 - 12	24	24
12 - 24	15	15
Más de 24	9	9
Total	100	100

GRAFICA 9

HORAS DE RUPTURA PREVIO AL INGRESO

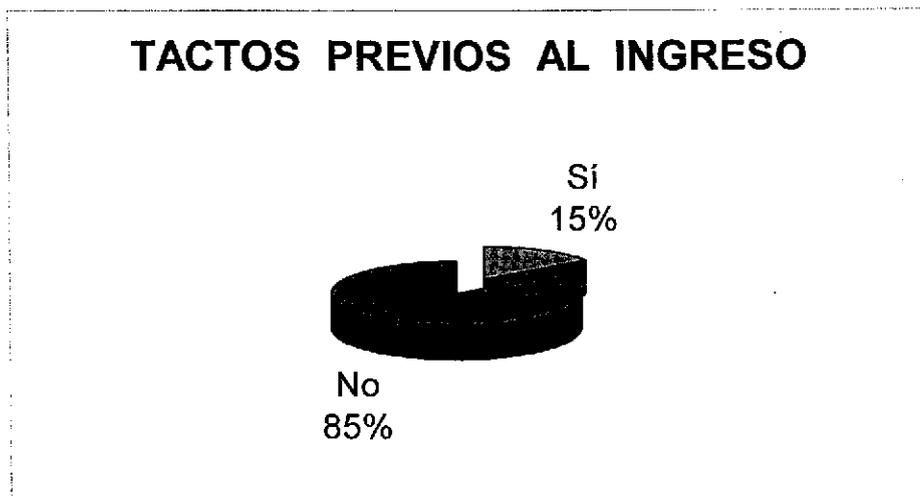


Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

TACTOS PREVIOS AL INGRESO

Tactos previos	Número de casos	%
Sí	15	15
No	85	85
Total	100	100

GRAFICA 10



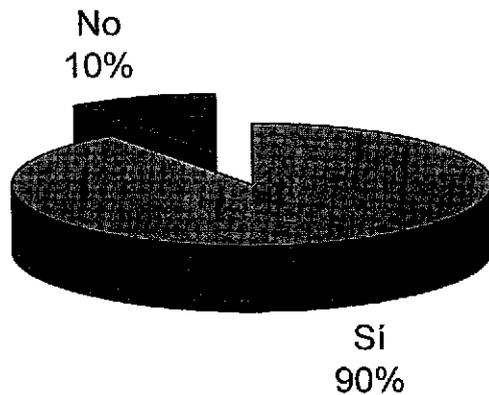
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

ACTIVIDAD UTERINA AL INGRESO

Actividad Uterina	Número de casos	%
Sí	90	90
No	10	10
Total	100	100

GRAFICA 11

ACTIVIDAD UTERINA AL INGRESO

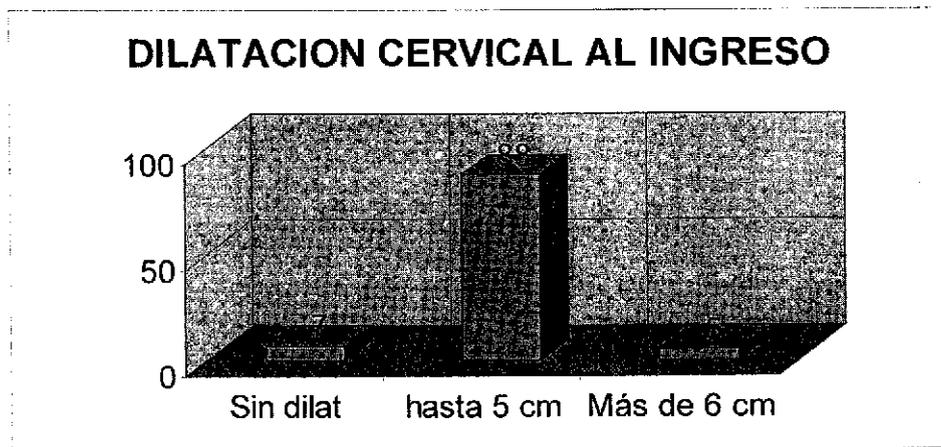


INCIDENCIA DE CESAREAS EN R.P.M. EN EMBARAZO DE TERMINO

DILATACION CERVICAL AL INGRESO

Dilatación al ingreso	Número de casos	%
Sin dilatación	7	7
Hasta 5 cm	88	88
Más de 6 cm	5	5
Total	100	100

GRAFICA 12



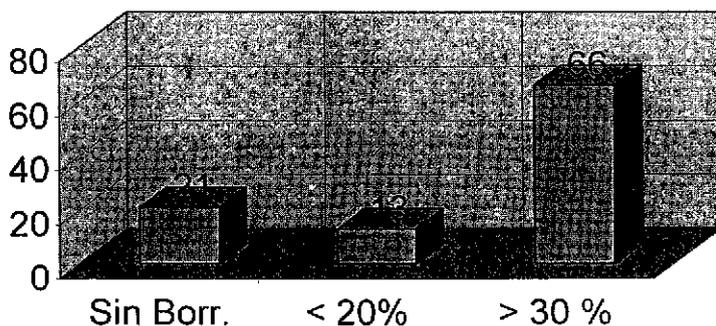
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

BORRAMIENTO CERVICAL AL INGRESO

Grado de borramiento cervical	Núm,ero de casos	%
Sin Borramiento	21	21
< 20 %	13	13
> 30 %	66	66
Total	100	100

GRAFICA 13

BORRAMIENTO CERVICAL AL INGRESO

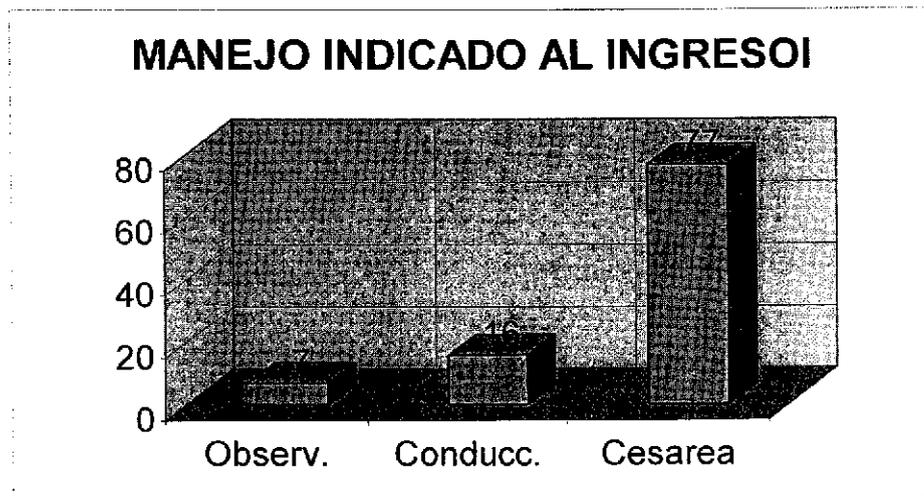


Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

MANEJO INDICADO AL INGRESO

Manejo indicado al ingreso	Número de casos	%
Observación	7	7
Conducción de parto	16	16
Cesárea	77	77
Total	100	100

GRAFICA 14



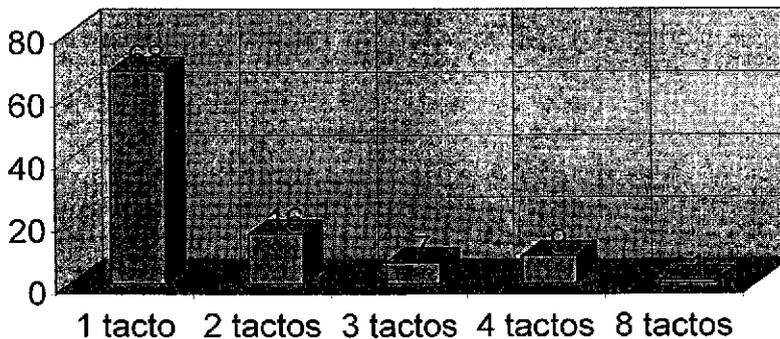
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

EXPLORACIONES GENITALES EN UNIDAD TOCOQUIRURGICA

Número de tactos	Número de casos	%
1 tacto	68	68
2 tactos	16	16
3 tactos	7	7
4 tactos	9	9
8 tactos	1	1
Total	100	100

GRAFICA 15

Exploraciones Genitales en U.T.Q.



Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

INCIDENCIA DE CESAREAS EN R.P.M. EN EMBARAZO DE TERMINO

DATOS DE INFECCIÓN AL INGRESO

Infección al ingreso	Número de casos	%
Sin Infección	100	100
Con Infección	0	0
Total	100	100

GRAFICA 16

DATOS DE INFECCIÓN AL INGRESO



Sin
Infección
100%

Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

CONFIRMACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE R. P. M.

Medio de Diagnóstico	Número de casos	%
Sin confirmación	88	88
Especuloscopia	2	2
Maniobra de Tarnier	8	8
Cristalografía	2	2

GRAFICA 17



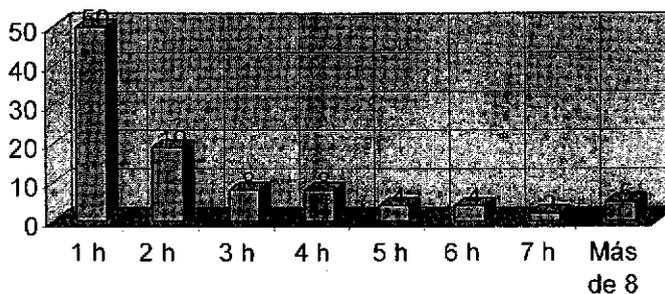
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

TIEMPO ENTRE EL INGRESO Y LA CESAREA

Tiempo entre ingreso y cesarea	Número de casos	%
1 hora	50	50
2 horas	19	19
3Horas	8	8
4 horas	8	8
5 horas	4	4
6 horas	4	4
7 horas	2	2
Más de 8 horas	5	5
Total	100	100

GRAFICA 18

TIEMPO ENTRE INGRESO Y CESAREA



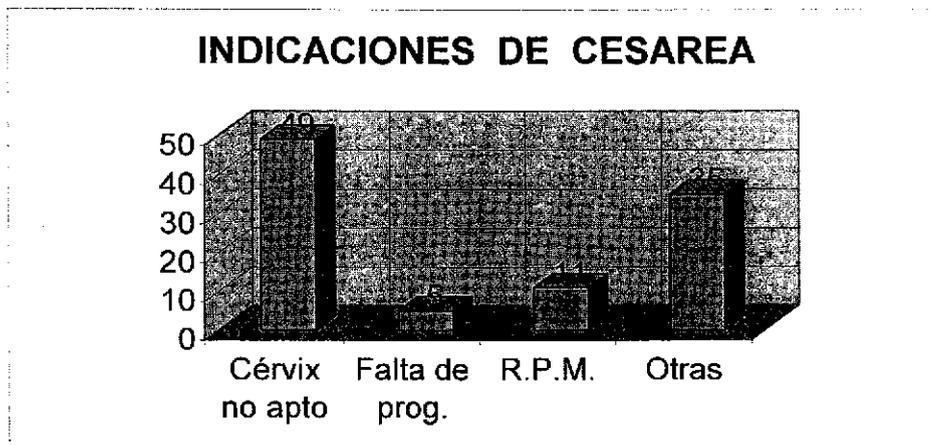
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
 TOTAL DE CASOS = 100

INCIDENCIA DE CESAREAS EN R.P.M. EN EMBARAZO DE TERMINO

INDICACIONES DE CESAREA

Indicación de cesárea	Número de casos	%
Cérvix no apto para conducción	49	49
Falta de progresión del parto	5	5
Ruptura prematura de membranas	11	11
Otras	35	35
Total	100	100

GRAFICA 19



Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

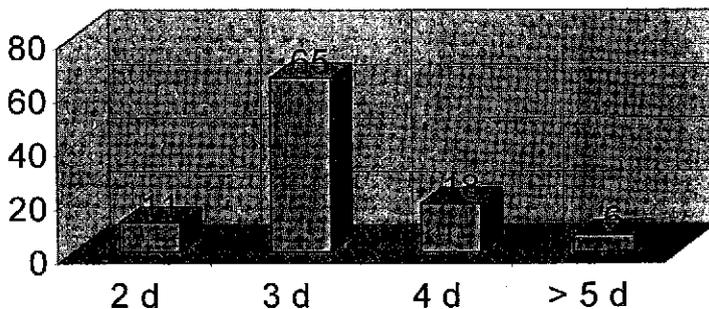
INCIDENCIA DE CESAREAS EN R.P.M. EN EMBARAZO DE TERMINO

ESTANCIA POSTOPERATORIA

Días de Estancia	Número de casos	%
2 días	11	11
3 días	65	65
4 días	18	18
Más de 5 días	6	6
Total	100	100

GRAFICA 20

DIAS DE ESTANCIA POSTCESAREA



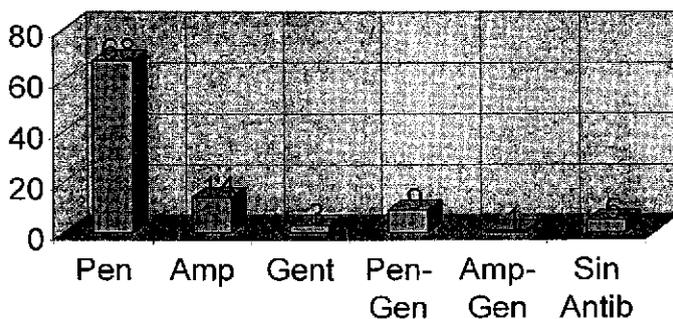
Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
TOTAL DE CASOS = 100

ANTIBIOTICOS INDICADOS EN POSTOPERATORIO

Antibiótico	Número de casos	%
Penicilina	68	68
Ampicilina	14	14
Gentamicina	3	3
Penicilina – Gentamicina	9	9
Ampicilina – Gentamicina	1	1
Sin Antibiótico	5	5
Total	100	100

GRAFICA 21

ANTIBIOTICOS POSTCESAREA



Hospital de la Mujer, Archivo Clínico Enero 1997 a Diciembre 1999
 TOTAL DE CASOS = 100

A N E X O S

ANEXO 1 (Índice de Bishop)

Índice de Bishop (valoración de condiciones cervicales)

Puntos por PARÁMETRO	0	1	2	3
Altura de la Presentación	- 3	- 2	- 1	+1, +2
Borramiento	0 – 30	40 - 50	60 - 70	80
Consistencia	Firme	Mediana	Blanda	
Dilatación	0	1 - 2	3 - 4	5 – 6
Estación	Posterior	Media	Anterior	

Interpretación :

< 4 puntos = Cérvix NO apto para Conducción

>4 puntos = Cérvix Apto para Conducción

Puntaje máximo 13 puntos

HOSPITAL DE LA MUJER

EMBARAZO DE TERMINO, R.P.M. Y CESAREA

Hoja de Recolección de Datos

Número _____ Expediente _____ Edad _____ Edo. Civil _____
Escolaridad _____ Ocupación _____ Tabaquismo (S) (N) _____
Antec. Patol. : _____

Gestas () Partos () Abortos () Cesareas ()
Indicación de Cesareas Previas _____

Control Prenatal : (sí) (no)
Infección durante el embarazo : I.V.U. () Condilomas ()

Vulvo o Cervicovaginitis () Otra () _____
Am. Aborto () APP 2° trim. () APP 3er trim ()

Tactos Previos al Ingreso _____
AL INGRESO : Hrs. de Ruptura _____ Pruebas para RPM : _____
Borr. _____ Dilat. _____ Actividad Uterina _____
Datos de Infección : _____
Manejo Indicado : _____ Tactos en Labor : _____

AL INDICARSE LA CESAREA: Hrs. de Ruptura _____
Borr. _____ Dilat. _____ Actividad Uterina _____
Indicación de Cesarea : _____
Indicaciones Agregadas : _____

Peso : _____ Apgar 1 min. _____ Apgar 5 min. _____
Complicaciones _____
Antibióticos : _____
Observaciones : _____