



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64
TUXTEPEC, OAXACA.

**INCIDENCIA DE OPERACION CESAREA EN EL HGZ # 3 DE PACIENTES
EN CONTROL PRENATAL EN LA UMF # 64
TUXTEPEC OAXACA. MEX.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

JOSE AGUSTIN ESTRADA ESQUIVEL

TUXTEPEC, OXACA. MEX.

2006



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.

**INCIDENCIA DE OPERACION CESAREA EN EL HGZ # 3 DE PACIENTES
EN CONTROL PRENATAL EN LA UMF # 64
TUXTEPEC OAXACA, MEX.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A:

JOSE AGUSTIN ESTRADA ESQUIVEL

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DR. CARMELO LOPEZ ANDRADE
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64
EN TUXTEPEC OXACA MEX.**

**DR. JESUS ELIZARRARAS RIVAS
ASESOR METODOLOGICO DE LA TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION
DELEGACIÓN 24 QINTANA ROO MEX.**

**DR. MANUEL MERLIN JUAREZ
ASESOR METODOLOGICO DE LA TESIS
PSICOLOGO
DELEGACIÓN 24 QINTANA ROO MEX.**

**DRA. AIDA RUGERIO OSORIO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
GINECO-OBSTETRA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 3
TUXTEPEC, OAXACA. MEX.**

**DR JAIME CHAVEZ SALAS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 3
TUXTEPEC, OAXACA. MEX**

**INCIDENCIA DE OPERACION CESAREA EN EL HGZ # 3 DE PACIENTES
EN CONTROL PRENATAL EN LA UMF # 64
TUXTEPEC OAXACA, MEX**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JOSE AGUSTIN ESTRADA ESQUIVEL

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

DR. FELIPE DE JESÚS PEDROZA GARCIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M

AGRADECIMIENTO.

Gracias por su apoyo, por su tiempo, por el interés puesto en mi proyecto, sin importar el numero de correcciones, ni el horario, gracias por poner su experiencia para que el proyecto llegara a buen fin , gracias por su inapreciable ayuda.

Dr. Carmelo López Andrade

Dr. Jaime Chávez Salas

Dra. Aida Rugerio Osorio

GRACIAS.

GRACIAS.

LE DOY LAS MAS GRANDES Y RECONOCIDAS GRACIAS, A LA PERSONA QUE MAS ME HA APOYADO EN AÑOS, QUE GRACIAS A ELLA INICIE ESTE PROYECTO, Y ME DIO LA FUERZA PARA TRABAJAR DESDE EL PRICIPIO HASTA EL FIN, A MI AMADA Y QUERIDA ESPOSA, Y POR LO TANTO A MIS HUOS.

DRA. ANA MARIA CORREA OLVERA

ITZEL ESTRADA CORREA

DANIEL ESTRADA CORREA

POR SIEMPRE GRACIAS.

**INCIDENCIA DE OPERACION CESAREA EN EL HGZ # 3
DE PACIENTES EN CONTROL PRENATAL
EN LA UMF # 64
TUXTEPEC OAXACA, MEX**

INDICE GENERAL

Antecedentes.....	1
Planteamiento del Problema.....	10
Justificación.....	11
Hipótesis.....	11
Objetivo General.....	11
Objetivos Específico.....	12
Metodología	
Tipos de investigación.....	12
.	
Universo y Muestra.....	12,13
Criterios de selección.....	14
Procedimientos.....	14
Análisis estadístico.....	15
Consideraciones Éticas	
Consentimiento informado.....	16
Recursos para el Estudio.....	16

Resultados.....	17
Discusión.....	40
Conclusiones.....	41
Referencias Bibliográficas.....	42
Anexo 1.....	44
Anexo 2.....	45
Anexo 3.....	46

INDICE DE GRAFICOS

Tipo de Religión en pacientes operadas y no operadas	24
Nivel socioeconómico en número de pacientes operadas y no operadas	25
Ocupación en pacientes operadas y no Operadas	26
Estatura en pacientes operadas y no operadas	29
Tipo de Escolaridad en pacientes operadas y no operadas.....	30
Numero de Gestas en pacientes operadas y no operadas.....	31
Trimestre de inicio del control prenatal de pacientes operadas y no operadas.....	34
Peso del producto en pacientes operadas y no operadas.....	35
Talla de los productos de las pacientes del estudio.....	36
Frecuencia de Cesáreas en el HGZ # 3.....	37
Diagnostico causante de cesárea.....	39

INDICE DE CUADROS

Riesgo obstétrico en pacientes operadas y no	
Operadas	23
Edad de las pacientes operadas y no operadas	27
Estatura en pacientes operadas y no operadas	28
Porcentaje de pacientes con Infección de Vías Urinarias.....	32
Numero de citas a control prenatal.....	33
Diagnostico causante de cesárea.....	38

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

INCIDENCIA DE OPERACIÓN CESAREA EN EL
HGZ # 3 DE PACIENTES EN CONTROL PRENATAL
EN LA UMF # 64

AUTOR: DR. JOSÉ AGUSTÍN ESTRADA ESQUIVEL
ASESOR. DRA. AIDA RUGERIO OSORIO

3. SERVICIO: MEDICINA FAMILIAR # 64 Y HGZ # 3 SERVICIO
GINECOOBSTETRICIA

4. ANTECEDENTES:

En la antigüedad la cesárea no era una alternativa al parto vaginal; era una intervención heroica: la única que podía salvar la vida de los productos que yacían en el útero de una madre recién muerta o agonizante. Bajo Julio César, el estado romano, necesitado de acrecentar su población, la hizo obligatoria en estos últimos casos. Es posible que de allí, de la palabra *cessare*, se desprendiera la palabra *caesures*, nombre latín dado a los niños nacidos mediante esta operación. Aunque hay recuentos de intentos precoces por hacer de la cesárea un procedimiento que también preservara la vida de la madre –en México el primer registro de una cesárea data de 1779(8), no es sino hasta bien entrado el siglo XIX que se desarrollan los conocimientos y técnicas que la convirtieron en una intervención segura: la anestesia, la antisepsia, la asepsia y diversas técnicas quirúrgicas. (1)

«La cesárea en la mujer viva es una de las intervenciones más graves en la cirugía, pues sucumben las cuatro quintas partes de las operadas». Evidentemente, hoy día esta afirmación no tiene ninguna vigencia, ya que pertenece a un tratado de obstetricia del año 1876, pero aún en la actualidad la mortalidad es mayor que en el parto vaginal, aproximadamente seis veces más, y se reduce sólo al triple si la cesárea es electiva (2).

La operación de la cesárea, aplicada en sus orígenes como solución a conflictos mecánicos en el transcurso del parto, se ha ido empleando cada vez más para resolver otras amenazas que también comprometían la salud de la madre y del niño en circunstancias distintas a las del compromiso de espacio.

Gracias a ella se han salvado muchas madres y se ha amparado la salud de muchos niños. Su realización se ha hecho más segura tanto para el niño como para la madre pero, a pesar de todo, desde hace unas décadas se tiene la sensación de que se prodiga con una largueza innecesaria, no impuesta por criterios estrictamente médicos.(3)

Hacia la segunda mitad del siglo XX las cesáreas se incorporaron de manera definitiva al arsenal de la obstetricia, lo que produjo descensos importantes en la mortalidad materna y peri natal. En el ocaso del siglo, sin embargo, su número en los países de ingresos medios y altos se salió de control, y su mensaje, alguna vez heroico, empezó a transformarse en uno de desmesura.

Los altos porcentajes de cesáreas podrían resultar aceptables en unidades que concentran embarazos de alto riesgo, pero en el ámbito nacional no hay ningún factor que pudiera justificar una cifra tan elevada de partos quirúrgicos. (1)

De 1910-1928 el promedio de cesárea en Chicago fue de 0.6% a 3%. En 1965 el promedio de cesárea aumenta en Estados Unidos fue de 4.5%. En 1980 la cesárea presenta un 16.5%, y se incrementa a un 24.7% en 1988. La cesárea presenta un incremento en todo el mundo, en 1985 en América fue de 22.7%, en Canadá fue de 19%, un 13% en Dinamarca, 10% en Inglaterra, y 75 en Japón. (23)

La preocupación por el aumento de cesáreas es, quizá, una faceta más de la insatisfacción con la asistencia obstétrica institucional y altamente tecnificada, que en algunos ámbitos se ha expresado a través de movimientos demandantes de un parto más natural con participación de la familia y que rechazan la asistencia en grandes centros.(3)

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina peri natal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y peri natal. Los aportes científicos y tecnológicos que ocurrieron en el siglo XX, permitieron de la técnica quirúrgica con asepsia y anestesia confiables y de métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico contribuyeron en forma importante al incremento en el uso de la operación cesárea observado en la década de los años sesentas en todos los países alrededor del mundo.

Sin embargo, actualmente ha habido un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, por lo que pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando esta bien indicada.

El incremento tan notable en nuestro país en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las instituciones del sector salud, público y privado, ha sido motivo de preocupación para el Sistema Nacional de Salud, por lo que la Secretaría de Salud, la Federación y la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia y la Asociación Mexicana de Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil, han unido esfuerzos para implementar estrategias tendientes a su disminución. (4)

La cesárea ha tenido una gran importancia dentro de las culturas del hombre, siendo mencionada en múltiples escritos antiguos. Hoy en día existe gran controversia tanto por su incidencia como por sus indicaciones. En las últimas cuatro décadas, de ser una cirugía obstétrica de urgencia pasó a ser la segunda cirugía que se efectúa en frecuencia en la mayoría de las naciones. Los avances tecnológicos de la era industrializada trajeron consigo un elevado índice de cesárea y múltiples indicaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud, ningún país del mundo debe tener una tasa de cesáreas mayor de 15% en relación con el total de nacimientos, independientemente de la característica institucional. De acuerdo con la NOM 007 para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido¹, todas las unidades médicas que brindan atención obstétrica deben contar con lineamientos para indicar la operación cesárea, cuyo índice recomendado es de 15% para los hospitales de segundo nivel y de 20% para los de tercer nivel.(5)

Se observa un aumento de Cesárea en proporción de todos los partos en el Reino Unido durante la última década, y la proporción de parto vaginal después de cesariano anterior disminuida. El parto vaginal después de cesárea anterior a disminuido a partir de un 45% en 1991 a el 37% de 1999. (22)

A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios. En España su número se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza 23% de los partos. (2) En el Reino Unido los nacimientos por esta vía se incrementaron de sólo 4% en 1970 a más de 20% en el momento actual. (3) Esto obligó al Departamento de Salud a solicitarle al Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos el más grande estudio sobre cesáreas jamás realizado en este país. En Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000.(4) Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas –junto con Holanda y los países escandinavos que parece haber evitado esta epidemia. Su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10%.

Las cifras de los países de ingresos medios de América Latina son todavía más alarmantes.

Los índices de cesárea continúan aumentando a través del mundo. Una encuesta global en 2005 de la Organización Mundial de la Salud se analiza la salud materna y perinatal en una tentativa de clarificar la asociación entre el parto y la cesárea en el nivel institucional. La muestra estratificada gradual de 24 regiones geográficas en 8 países latinoamericanos. Los hospitales privados tenían constantemente cifras más altas que las instituciones públicas. . La indicación más

común para la cesárea era el espectro de desproporción céfalo pélvica. La más común en hospitales públicos era señal sufrimiento fetal, en los centros privados, la cesárea anterior sin complicaciones. Un índice creciente de la cesárea se correlacionó con mortalidad fetal creciente y una admisión más frecuente de infantes al cuidado intensivo para 1 semana o más tiempo. La mortalidad neonatal aumentó cuando los índices de la cesárea alcanzaron del 10% al 20%. Estos resultados indican que una alta incidencia de cesárea no indica necesariamente el cuidado de buena calidad. Los resultados peri natales se deben escudriñar de cerca en las instituciones en donde prevalecen las altas cifras de cesárea. (24)

En Brasil más de 30% de los nacimientos son cesáreas. (5) En Chile este porcentaje asciende a 40%. (6)

El porcentaje nacional de cesáreas en 1999 fue ligeramente superior a 35%. Los porcentajes de nacimientos atendidos por cesárea variaron de manera importante entre los diferentes estados, pero en todos los casos fueron superiores a 15%, porcentaje que, como ya se señaló, la OMS recomienda como límite superior. En los estados el valor máximo en el porcentaje de cesáreas fue el de Nuevo León, con 49.89%. El valor mínimo correspondió a Zacatecas, con 24.86%. La cuarta parte de las entidades mostró valores por arriba de 36%.

Los nacimientos por cesárea en México han tenido un comportamiento similar al de la mayoría de los países europeos y de América del Norte, y al de los países de ingresos medios de América Latina. El porcentaje de incremento de las cesáreas en nuestro país en los últimos 10 años ha sido de poco más de 1% anual, pero en algunas instituciones públicas (IMSS, ISSSTE) y en el sector privado la tendencia al alza es todavía mayor. (6)

México, al igual que en casi todos los países en vías de desarrollo, la mortalidad materna continúa siendo un problema importante. Estadísticas oficiales señalan que en 1990 hubo una tasa de 5,4 muertes por cada 10 000 nacimientos. En otras palabras, por cada 10 000 niños que nacieron, cinco de sus madres murieron. La mortalidad materna descendió en México de 100 muertes por cada 100 000 nacimientos en 1979 a 54 en 1990, último año en el que existen cifras oficiales. Las causas más importantes fueron, en todo el período, los problemas en el parto (34,2%), la hipertensión (23,2%) y las hemorragias (21,3%). En cuarto lugar, estuvo el aborto inducido con 8,4% y, por último las infecciones con 5,6%. Las causas indirectas constituyeron 7,3%. (7)

Es indudable que el aumento de cesáreas ha permitido mejorar los resultados de la asistencia obstétrica, pero estamos muy lejos de saber cuál es la cifra ideal de cesáreas. Para algunos autores la reducción de las actuales tasas de cesáreas podría asociarse a un incremento de la mortalidad materna o perinatal (1), mientras que aparecen muchas publicaciones que comunican la consecución de descensos en las tasas de cesáreas por distintos procedimientos (2-4). En todos los casos se destaca la importancia de no perder de vista los cambios en mortalidad y morbilidad que puedan surgir paralelamente a un descenso deliberado del número de cesáreas. Esta preocupación es muy importante, entre

otras razones porque el parto vaginal tiene unos costos más bajos que la cesárea. No sería razonable anteponer razonamientos económicos a la consecución de recién nacidos sanos. Por otro lado, hay que reconocer que en el aumento de las tasas de cesáreas puede influir el miedo a las reclamaciones legales con su secuela de indemnizaciones económicas elevadísimas. (8)

Se estima que la interrupción electiva del embarazo a término, ya sea mediante cesárea sin trabajo de parto o inducción de trabajo de parto, conlleva mayor riesgo de morbilidad materna que un parto vaginal de inicio espontáneo. Además, se ha demostrado que la inducción de trabajo de parto se asocia a un mayor riesgo de cesárea comparado con el inicio espontáneo del trabajo de parto. Estos hechos demuestran la necesidad de una cuidadosa consideración antes de proceder a la interrupción electiva del embarazo a término (18)

En los últimos años, dos «nuevos» conceptos están emergiendo con gran fuerza, y que probablemente marquen el camino del futuro en este tema: la cesárea a demanda, que es aquella en que la propia gestante solicita que se le practique una cesárea sin indicación médica precisa, y una variante de la anterior, la cesárea profiláctica, que es la que está indicada médicamente para prevenir un supuesto riesgo materno, como disfunciones del suelo pélvico y/o un supuesto riesgo fetal, no evidenciado científicamente, de mayor morbilidad en caso de parto vaginal.(2)

Los riesgos de la cesárea por petición materna han sido recientemente revisados por el Instituto Norteamericano de Salud en un consenso de expertos, concluyendo que la evidencia es insuficiente para evaluar los riesgos y beneficios de la cesárea a petición materna comparada con la intención de parto vaginal (18) La tasa de cesáreas ha experimentado un incremento importante durante los últimos años, sin existir una causa evidente que explique este hecho. Se ha postulado como posibles causas la cicatriz de cesárea anterior, el sobre diagnóstico de sufrimiento fetal intraparto y desproporción céfalo pélvica, implicancias legales, temor al parto por parte de la embarazada, patología del piso pelviano, etc. (19)

En el último tiempo se ha observado un aumento de publicaciones científicas que enfatizan la promoción y práctica del parto natural. Esta tendencia surge como cuestionamiento frente a la excesiva tasa de cesáreas (5) y de intervenciones médicas de rutina durante el trabajo de parto y parto tales como el uso de ocitocina, monitorización electrónica fetal, rotura artificial de las membranas ovulares, enema evacuante y episiotomía en primíparas.

El aumento en las tasas de cesárea a nivel mundial, ha motivado a investigadores e instituciones de salud a proponer estrategias para lograr su reducción, entre ellas protocolizar las indicaciones de cesárea, pedir una segunda opinión a pares y hacer públicas las tasas de cesáreas. En Chile la tasa de cesárea en 2004 fue 31,7% y 33,4% en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, cifras que sobrepasan lo recomendado por la OMS. (20)

Las indicaciones para realizar una cesárea son variadas, pueden ser maternas, fetales, ovulares y feto-maternas. Dentro de las maternas, cabe destacar: distocia, enfermedades del metabolismo, toxemia, enfermedades preexistentes, procesos infecciosos genitales, cesárea anterior produciendo cicatriz uterina o persistiendo la causa anterior, embarazo prolongado, etc. Entre las indicaciones fetales: sufrimiento fetal agudo, presentaciones atípicas, macrosomía fetal, enfermedad hemolítica del recién nacido o muerte fetal. Como indicaciones ovulares: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y prociencia de cordón. Por último las indicaciones feto-maternas: desproporción céfalo pélvica. (5)

Las complicaciones infecciosas continúan entre las primeras causas de morbilidad de las pacientes sometidas a esta intervención, constituyen en ocasiones una seria amenaza para su vida, por la gravedad de algunas de sus formas. Entre estas complicaciones se encuentran la endometritis, las infecciones de la herida quirúrgica con formación de abscesos o sin estos, las infecciones urinarias, entre otras. (9)

Desde la aparición de la terapia antirretrovírica de alta eficacia (TAAE), en los países industrializados se ha conseguido reducir la tasa de transmisión vertical al 1%-2%, mediante el enfoque multidisciplinar de la gestante infectada por el VIH con el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas basadas en la administración de antirretrovíricos (TAR) durante el período de gestación y en el trabajo de parto. Se acepta que un 65% de las infecciones ocurren durante el parto y diversos estudios han puesto de manifiesto el papel protector de la cesárea electiva. (10)

En términos generales el proponer indicadores de calidad asistencial empieza a predisponer a un servicio clínico a no sólo realizar acciones diagnósticas y terapéuticas en forma cuantitativa, sino que a considerar la forma en que dichas acciones son realizadas. La mejoría de los indicadores están siendo sometidos a 2 sistemas básicos de trabajo: "por posibilidades de mejora" (detección de posibilidades de mejora, su priorizar, el análisis causal, la definición de criterios de evaluación y estudios, la implantación de acciones de mejora y la reevaluación) y mediante "sistemas de monitorización", que buscan medir y evaluar en forma periódica, aspectos relevantes de la asistencia, mediante el uso precisamente de estos indicadores de calidad, que constituyen la unidad básica de un sistema de monitorización. (21,25)

Debido al aumento de la frecuencia de la operación cesárea en USA, el Instituto Nacional de Salud sugirió en 1980, en un consenso nacional, que el intento de trabajo de parto después de cesárea segmentaría anterior era una conducta aceptable. También el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, en 1988-1989, determinó que ésta era una opción razonable. Los dos mayores problemas lo constituyen el fracaso de la prueba de trabajo de parto y la rotura uterina. La posibilidad de esto último ocurre en menos del 1% de estos casos y constituye una catástrofe obstétrica que requiere transfusiones de sangre, histerectomía y riesgo de daño del tracto urogenital. (11)

La frecuencia de las complicaciones obstétricas derivadas de la rotura uterina es un problema que afecta la práctica clínica, pues requiere el consentimiento de la paciente y un severo análisis de costo-beneficio en relación a la elección de la vía del parto. (11)

La identificación en el feto de circular de cordón durante el último trimestre del embarazo y al momento del trabajo del parto es de gran importancia, debido a la morbilidad y mortalidad peri natal con la que se asocia: anemia neonatal, expulsión de meconio , alteraciones metabólicas del equilibrio Ácido-base, asfixia perinatal y muerte fetal. La utilización del USO como prueba diagnóstica de escrutinio durante el trabajo de parto, para la detección de circular de cordón, es útil, ya que el diagnóstico intra parto de circular de cordón al cuello y su asociación a variaciones de la frecuencia cardiaca o registros anormales durante la monitorización fetal, le permite al médico tratante decidir sobre la vía de resolución del embarazo. (12)

Aunque nadie disputa que las cesáreas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, las investigaciones recientes han empezado a concentrarse en los riesgos del procedimiento, por lo que no debe considerarse como una panacea para resolver las situaciones relacionadas con el nacimiento. Además, aunque los médicos continúan debatiendo los méritos relativos al parto por cesárea, nadie discute los costos adicionales que el procedimiento impone en los sistemas de salud. (4)

Por lo anterior, se hace necesaria la planeación y el diseño de estrategias para estabilizar y posteriormente revertir la tendencia al aumento de la frecuencia de cesáreas que se observa en la actualidad. (4)

Toda muerte es lamentable, pero la muerte de una madre tiene grandes connotaciones, pues rompe la estructura familiar al dejar hijos huérfanos; al cónyuge; le resulta muy difícil asumir la crianza y educación de los hijos. (13)

Superados los tiempos en los que la intervención cesárea ninguna posibilidad de éxito tenía para la madre, en la actualidad son harto frecuentes este tipo de intervenciones. A pesar de los adelantos técnicos estas operaciones pueden tener resultados indeseados, lo que da lugar a una rica problemática jurídica. (13)

En el programa nacional de salud reproductiva y planificación familiar, de Perú, son las acciones que se realizan dentro del establecimiento para evitar la ocurrencia de emergencias obstétricas. La segunda actividad para reducir las emergencias obstétricas es el control prenatal. El control prenatal por si solo no va a evitar todas las emergencias obstétricas, pero si va a permitir identificar a las mujeres que tienen alto riesgo obstétrico y realizar la transferencia de las mismas en forma oportuna. (14)

El control prenatal modifica sustancialmente los resultados neonatales y maternos, pero aún existen criterios divergentes acerca de cuál debe ser el modelo adecuado del mismo.

Se observa muy poca consistencia entre países en términos del contenido de las guías de cuidado prenatal, sugiriendo la necesidad de reexaminar sus contenidos y las evidencias en las que esas recomendaciones se han basado.

La meta fundamental de proveer un adecuado cuidado prenatal es mejorar y mantener la salud y el bienestar de las madres, los niños y sus familias.

Esto involucra evaluar y monitorizar el estado de salud de la mujer y sus niños no nacidos lo más precozmente posible, durante el embarazo y hasta el nacimiento. (15)

Buenos resultados obstétricos, apoyados en evidencias científicas, cuando el CE lo hacen médicos de familia. Resultados similares a los obtenidos por los obstetras.

Satisfacción profesional del médico de familia. Aunque en nuestro medio los estudios al respecto son escasos, parece que casi todos los médicos de familia que practican CE suelen mostrarse satisfechos con esta actividad. Se trata de una actividad muy gratificante.

Satisfacción de las mujeres cuando el médico de familia hace CE. Hay evidencias de más satisfacción con el médico de familia que con el obstetra (5).

El CE crea unos fuertes lazos entre el médico de familia y las familias.

Pocas mujeres olvidan qué médico les «llevó» sus embarazos. Cuando cambian de domicilio y de médico, pasamos unos años sin verlas, un nuevo embarazo las trae con frecuencia de nuevo a nuestra consulta. (16)

Existe un acuerdo general en considerar que un buen control del embarazo facilita el buen desarrollo del feto, permite la detección prenatal de defectos congénitos y problemas obstétricos y posibilita el tratamiento de las complicaciones, contribuyendo a la disminución de la morbilidad en el período del embarazo, parto y puerperio¹. Sin embargo, no existe un consenso en los protocolos que tratan de ordenar este control de la gestación y hay una apreciable variabilidad en las prácticas realizadas, tanto entre distintos países como dentro de un mismo país.

En conclusión, se observa una alarmante falta de planificación de los embarazos, sobre todo en edades extremas, así como una creciente medicalización de la gestación, con aspectos positivos (visita en primer trimestre) y otros discutibles (número de ecografías, porcentaje de cesáreas, pruebas invasivas). Sería necesario establecer un debate activo que implicase profesionales de diferentes ámbitos (obstetras, sanitarios, gerentes) para racionalizar la utilización de recursos en un ámbito que, como el de la sanidad en España, presenta importantes problemas de financiación. (17)

En países como México en donde la asignación de recursos económicos para la inversión en salud está limitada, la realización de cesáreas innecesarias representa un dispendio de recursos que podrían utilizarse en mayores coberturas de atención médica y educación en salud de la población materno-infantil.

Si se quiere atacar el problema de fondo es necesario mejorar los niveles de educación en salud a la población usuaria del servicio, prácticas médicas más reflexivas sobre todo en el uso de la tecnología, actualizar los protocolos de manejo de las mujeres embarazadas, eficientar su supervisión e incentivar las buenas prácticas en la atención médica. (22)

En el HGZ No 3 del IMSS en Tuxtepec, Oax en el año del 2003 la incidencia de la operación cesárea fue del 58 %, cifra que resulta excesiva porque además del riesgo posible que pueden tener el feto y la madre, el costo de la intervención con los consiguientes días de estancia madre e hijo y el hecho de que para una mujer, el tener un embarazo terminado en cesárea significa mayor posibilidad de que el siguiente embarazo termine por la misma vía.

Los riesgos y los costos mas elevados del nacimiento por operación cesárea parecerían justificar que se examinaran las indicaciones de la cesárea en el HGZ No. 3 en Tuxtepec, Oax. Para ver si se encuentran alternativas seguras (2).

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se cuestiona en todo el mundo desde una perspectiva de científico y ético si el indiscutible incremento de cesáreas se acerca al óptimo cociente positivo entre los beneficios y riesgos maternos fetales

El aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica es preocupante para las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud porque eleva los costos de la atención médica, y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios.

Las cifras de los países de ingresos medios de América Latina son todavía más alarmantes. En Brasil más de 30% de los nacimientos son cesáreas.⁴ En Chile este porcentaje asciende a 40%. En México se incrementó de 23% en 1991 a 36% en 2002.⁵ En el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado cuatro y cinco de cada 10 nacimientos, respectivamente, son quirúrgicos. En el sector privado del Distrito Federal, Nuevo León y Tamaulipas las cesáreas representan más de 70% de los partos.

Las indicaciones para realizar una cesárea son variadas, pueden ser maternas, fetales, ovulares y feto-maternas, y es importante de la atención de primer nivel detectar las indicaciones, que deben ser diagnosticadas con oportunidad en las primeras consultas, con la historia clínica, exploración, estudios de laboratorio, y ultrasonidos, para su canalización con el ginecólogo en el momento indicado. Por otro lado detectar factores de riesgo que pueden ser modificables, para una mejor evolución del embarazo, para favorecer su terminación en parto vaginal, y disminuir el porcentaje de cesáreas, en lo que respecta a todo el control prenatal. Dejando esta opción al ginecólogo, en momento del trabajo de parto, según se presenten las condiciones de la paciente.

Las complicaciones infecciosas continúan entre las primeras causas de morbilidad. Y es importante, que se detecten en el primer nivel de atención, para su canalización al ginecólogo.

Por lo anterior se efectúa este protocolo, para detectar factores de riesgo durante el control prenatal, que son responsabilidad del médico familiar, ya que pueden cambiar el término del embarazo, y no detectarlos y efectuar las acciones correspondientes, para un buen control prenatal, lo cual es nuestra responsabilidad.

-- Es alta la incidencia de operación cesárea en las embarazadas con control prenatal en la UMF No. 64?

6. JUSTIFICACION

En el IMSS la atención que se da a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio debe ser impartida por el personal médico y paramédico con calidad. Durante el proceso de vigilancia de la mujer embarazada es el médico familiar quien otorga la primera consulta prenatal; la mujer embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos cinco consultas y la primera de ellas preferentemente antes de la semana 14 de gestación

Es importante el control prenatal, para detectar factores de riesgo de la paciente, que pueden afectar el embarazo desde las primeras semanas, como amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, sangrados, sufrimiento fetal, o los que son indicativos de cesárea, y otros.

Por lo que en este estudio se busca detectar la calidad de el control prenatal, en la pacientes encuestadas, si se detectan factores en el control prenatal y que por su manejo se determine efectuar cesárea en las pacientes, o si la determinación de efectuar una cesárea depende solo de la valoración por el ginecólogo en el momento del trabajo de parto, a pesar de que la paciente llevo un control prenatal de bajo riesgo a tiempo y sin problemas .

Por lo que en este estudio se espera obtener información sobre el control prenatal y su influencia sobre la frecuencia de la operación cesárea.

7. HIPÓTESIS:

Existe una alta incidencia de operación cesárea en embarazadas con control prenatal en la UMF No. 64.

HIPÓTESIS NULA

No existe incremento en la incidencia de la operación cesárea en las embarazadas en control prenatal en la UMF No. 64.

8. OBJETIVOS:

Demostrar la incidencia real de la operación cesárea en las embarazadas en control prenatal en la UMF No. 64

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar que factores en el control prenatal influyen en el incremento en la frecuencia de la operación cesárea.
- Analizar la indicación y la justificación de la operación cesárea
- Correlacionar los factores socio-demográficos y la incidencia de la operación Cesárea.

9. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODO:

A) DISEÑO DEL ESTUDIO:

. Estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo (encuesta)

B) UNIVERSO DE TRABAJO:

El estudio se hará sobre las pacientes puérperas atendidas en el HGZ#3, de Tuxtepec, Oax., cuyo control prenatal se llevo a cabo en la UMF # 64

PERIODO DEL ESTUDIO:

Durante el periodo comprendido del mes de 11 de Enero al 30 de Noviembre de 2005.

C) DESCRIPCION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE

PACIENTES CON PUERPERIO QUIRURGICO

Para fines del estudio se consideraran a las pacientes embarazadas que ingresen al HGZ No.3 con control prenatal en la UMF No.64 y que se les haya interrumpido el embarazo por vía abdominal o no.

Se tomara en cuenta la indicación de la operación cesárea que emite el ginecoobstetra.

ESCALA DE MEDICION: Cualitativa, nominal, discreta y finita.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES PENDIENTES

INDICACIONES ABSOLUTA:

- Iterativa
- Presentación pélvica
- Sufrimiento fetal agudo
- Retardo en el crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Hidrocefalia
- Inserción baja de placenta
- Embarazo de pretérmino
- Incisión uterina corporal previa
- Presentación de cara
- Virus del papiloma humano
- Prolapso de cordón

INDICACIONES RELATIVAS

- Desproporción céfalo pélvica
- Enfermedad hipertensiva del embarazo
- Ruptura prematura de membranas
- Embarazo posttermino
- Distocia dinámica
- Isoinmunización
- Antecedente de deciduomiometritis
- Diabetes Mellitus
- Antecedente de miomectomia o miomatosis uterina
- Baja reserva feta
- Oligohidramnios
- Cirugía vaginal previa
- Electiva

Se tomaran los datos del control prenatal de la encuesta realizada a las pacientes puerperas, y del expediente clínico.

ESCALA DE MEDICION: Cualitativa, nominal, discreta y finita

D) SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se estudiarán 200 pacientes captadas en un periodo comprendido del 11 de enero al 30 de noviembre de 2005

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

INCLUSIÓN:

- Pacientes que ingresen al servicio de obstetricia para la resolución del embarazo por vía abdominal.

- NO INCLUSION:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio

- Pacientes que no sean derecho -habientes

- EXCLUSION:

Pacientes adscritas a otra unidad de Medicina Familiar que no sea la UMF No. 64

E) PROCEDIMIENTO

Durante el año 2004 se efectúa el protocolo de investigación (titulo y marco teórico). Del 1 de Abril al 30 de Mayo del 2004 la selección del problema y del titulo del protocolo, del 1 de Junio al 31 de Julio del 2004 la revisión bibliográfica, del 3 de Agosto al 30 de Octubre del 2004 elaboración del protocolo, del 3 de Noviembre Al 30 de Noviembre, las correcciones del mismo.

El estudio se efectuara en el Hospital General de Zona No. 3 y la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtepec, Oax., en el periodo comprendido entre el 1o. de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2005.

Del 3 al 5 de enero de 2005 se informara y se les solicitara permiso a las autoridades correspondientes (director y subdirector) de los diferentes turnos (matutino, vespertino, y fin de semana) del Hospital General de Zona No. 3 y de la Unidad de Medicina Familiar No.64 para la realización del presente trabajo. Solicitando su apoyo y colaboración, mediante su autorización para tener acceso al servicio de Hospital (alojamiento conjunto) y de consulta externa, para la realización de encuestas con las pacientes seleccionadas para el protocolo.

El responsable de la investigación adiestrará a los colaboradores (médicos internos de pregrado y enfermeras) para la recolección de datos, verificando que su capacitación sea adecuada, actividad que se realizara del 6 al 8 de enero de 2005 y cada vez que sea necesario (por cambios en el personal).

A las pacientes seleccionadas se les informará sobre el estudio que se va a realizar y la importancia de la encuesta que se les aplica en su puerperio.

La realización de las encuestas se efectuara del 11 de Enero al 30 de Noviembre del 2005.

El responsable del proyecto y sus colaboradores, se reunirán cada semana en el primer mes para solucionar los problemas que se presenten durante el proceso y posteriormente cada 15 días, para conocer los avances y continuar con el desarrollo del proyecto, y cada vez que sea necesario para aclarar las dudas que se presenten.

Del 1 al 8 de Diciembre de 2005 el responsable y los colaboradores efectuaran la concentración de datos para su procesamiento.

El análisis estadístico y la interpretación de los resultados se efectuarán del 9 al 16 de Diciembre de 2005.

La estructura del informe y las conclusiones se realizaran del 17 al 24 de Diciembre 2005.

Todas las actividades del procedimiento quedarán debidamente programadas en el "Cronograma de actividades" (Anexo 2)

La presentación pública de los resultados del trabajo de investigación será 4 de enero del 2006 en Seminario programado anticipadamente para ello.

f) ANALISIS ESTADISTICO:

Se realizara mediante técnicas de estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión).

Los datos obtenidos se procesarán en el programa computacional EPI-INFO 6.4 de Atlanta, Georgia

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El estudio no tiene ningún riesgo para las pacientes. Los responsables de realizar las encuestas a las pacientes nos comprometemos a tener respeto absoluto de las creencias, opiniones y decisiones expresadas por las pacientes, y que conozca y comprenda la información relativa al estudio que se realiza.

Con la información que se le da a la paciente y sin presión de ningún tipo se le solicita su autorización por escrito para su participación, a través de una carta de consentimiento informado para su participación en el protocolo (anexo 2).

11. RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

Recursos humanos:

- 2 Médicos adscritos
- 2 médicos internos
- 1 enfermera.

Recursos materiales:

Hojas de consentimiento informado y de encuestas.

Los propios de la institución.

Recursos financieros:

El Instituto del Seguro Social no efectuara ningún tipo de gasto por la elaboración de este protocolo, ya que los gastos que se generen serán por cuenta del encargado del protocolo.

RESULTADOS

ESCOLARIDAD:

Analfabeta 5 (2.5 %), Primaria 71 (35.5 %), Secundaria 78 (39%),
Bachillerato 36 (18%), Licenciatura 10 (5%).

RELIGIÓN:

Católica 173 (86.5%), Evangélica 16 (8%), Pentecostés 3 (1.5%),
Testigo de Jehová 1 (0.5%), Sin religión 7 (3.5%).

NIVEL SOCIO ECONOMICO:

Bajo: 100 pacientes (50%), **Medio:** 100 pacientes (50%)

OCUPACION:

HOGAR: 179 (89.5%) TRABAJA: 21 (10.5%)

EDAD:

Menos de 20 años 34 (17%), menor de 30 años 121 (60.5%),
menor de 35 años 36 (18%), mayor de 35 años 9 (4.5%)

TALLA:

1.30 m a 1.39 m 3 (1.5%), 1.40 m a 1.49 m 66 (33%),
1.50 m a 1.59 m 103 (51.5%), 1.60 m a 1.69 m 22 (11%), 1.70 m
a 1.79 m 1 (0.5%) Ignora 5 (2.5%)

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Antecedente De Hipertensión Arterial 62 (31%), Antecedente De Diabetes Mellitus Tipo II
63 (31.5%), Sin antecedentes de importancia 75 (37.5%)

NUMERO DE GESTAS:

Con Gesta I 75 (37.5%), Con gesta II 68 (34%), Con gesta III 42 (21%),
Con gesta IV 9 (4.5%), Con gesta V 5 (2.5%), Con gesta VI 1 (0.5%)

CESAREA ANTERIOR:

Con antecedente de cesárea anterior 72 pacientes que corresponde al 36%

INICIO DEL CONTROL PRENATAL

De 1 a 13 SDG 53 (27%), De 14 a 27 SDG 70 (35%), De 28 a 40 SDG 67 (33%), Sin Control
Prenatal 10 (5%).

NUMERO DE CITAS EN CONTROL PRENATAL

Menos de 5 consultas 88 pacientes (44%), mas de 5 consultas 112 pacientes (56%).

0 (11); 1 (11); 2 (14); 3 (23); 4 (29); 5 (19); 6 (23); 7 (14); 8 (19); 9 (5);
10 (14); 11 (5); 12 (8); 13 (3); 14 (2).

TRIMESTRE DEL EMBARAZO AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL

I TRIMESTRE 53 (27%), II TRIMESTRE 70 (35%), III TRIMESTRE 67 (33%), SIN
CONTROL PRENATAL 10 (5%).

DIAGNOSTICO DE CESAREA PREVIA

Desproporción céfalo pélvica (15), **Sufrimiento fetal agudo (9)**, Ignora (9),
Presentación Pélvica (9), Ruptura prematura de membranas (7), Sin trabajo de parto

(6), Circular de cordón (4), Cesárea anterior (3), Preeclampsia (3), Situación transversa (3), Oligohidramnios (1), Amenaza de parto prematuro (1), Cardiopatía (1), Obesidad (1),

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Pacientes con EGO normal 155 pacientes. (77.5%), Pacientes sin EGO 5 (2.5%)
 INFECCION DE VIAS URINARIAS CON TRATAMIENTO ORAL CON REMISION DEL CUADRO 28 pacientes. (14%),
 INFECCION DE VIAS URINARIAS CON AMENAZA DE ABORTO / AMENAZA DE PARTO PREMATURO HOSPITALIZADAS CON REMISION DEL CUADRO SIN AFECTAR LA FRECUENCIA DE CESAREAS 12 (6%)

TENSION ARTERIAL:

MENOR A 120/80 (194), MAYOR A 120/80: (6)

HEMOGLOBINA:

8: (4), 9: (9), 10: (32), **11: (53)**, **12: (86)**, 13: (8), **IGNORA: (8)**.

GRUPO SANGUINEO Y RH:

“O” RH +: (178), “A” +: (8), “B” +: (5), **IGNORA: (9)**

ENVIO A 2 NIVEL GINECO-OBSTETRICIA: 121 PACIENTES (60%).

NUMERO DE CITAS EN GINECOLOGIA:

NUMERO DE CITAS	PACIENTES	PORCENTAJE
1	49	24.5
2	22	11
3	28	14
4	9	4.5
5	4	2
6	5	2.5
8	2	1
9	1	0.5
10	1	0.5

DIAGNOSTICO DE ENVIO A OBSTETRICIA

DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES	DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES
CESAREA PREVIA	51	SIN TRABAJO DE PARTO	3
PRESENTACION PELVICA	10	IGNORA	2
EDAD	8	INFECCION DE VIAS URINARIAS	2
ALTO RIESGO	6	ANEMIA	2
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	5	INFERTILIDAD	2
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	4	TUBERCULOSIS PULMONAR	2
DIABETES MELLITUS	4	HIPERTENSION ARTERIAL	1
DESPROPORCION	4	INFECCION DEL	1

CEFALOPELVICA		VIRUS PAPILOMA HUMANO	
PREECLAMPSIA	3	OLIGOHIDRAMNIOS	1
SITUACION TRANSVERSA	3	CARDIOPATIA	1
CIRCULAR DE CORDON	3		

ENVIADAS A EMI 44 PACIENTES

NUMERO DE CITAS A EMI:

1:(1), 2:(6), 3:(5), 4:(8), 5:(8), 6:(4), 7:(3), 8:(4), 9:(5).

RIESGO OBSTETRICO:

ALTO RIESGO 124 : (62%), **BAJO RIESGO** 76 : (38%).

CESAREAS EFECTUADAS :

121 PACIENTES QUE CORRESPONDE A 60%

DIAGNOSTICO CAUSANTE DE CESAREA

DESPROPORCION CEFALOPELVICA: 24 (20%), CESAREA PREVIA: 22 (18.2%),
 SUFRIMIENTO FETAL AGUDO: 18 (15%), PRESENTACION PELVICA: 13 (10.7%)
 PREECLAMPSIA : 9 (7.4%), RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: 9 (7.4%)
 SIN T. DE PARTO: 7 (5.8%), S. TRANSVERSA: 6 (5%), CIR. DE CORDON: 3 (2.5%),
 PLACENTA PREVIA: 2 (1.6%), OLIGOHIDRAMNIO: 2 (1.6%), IGNORA: 2 (1.6%)
 EDAD: 1 (0.8%), DISTOCIA DE PARTES BLANDAS: 1 (0.8%), CARDIOPATIA: 1 (0.8%)
 TRABAJO DE PARTO PROLONGADO: 1 (0.8%)

COMPLICACIONES:

HEMORRAGIA POST PARTO. (1 Paciente)

METODO PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

DIU: 92 (46%), OTB: 64 (32%), H.O.: 1 (0.5%), SIN MPF: 43 (21%)

COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO.

OBITO: (1), DEFICIENCIA RESPIRATORIA.: (1), ANO IMPERFORADO: (1), HIPOXIA NEONATAL: (1).

APGAR DEL RECIEN NACIDO:

9-9: (1), 8-9: (184), 7-9: (3), 7-8: (7), 5-7: (1), 4-5: (2), 2-6: (1), SIN APGAR: (1).

PESO DE RECIEN NACIDO :

Menor de 3 Kg. : 60 (30%), menor de 3.600 Kg. : 93 (46%), menor de 4 Kg. : 33 (17%), mayor de 4 Kg. : 14 (7%).

TALLA DEL RECIEN NACIDO:

Menor de 50 cm. : 104 (52%), mayor de 50 cm : 96 (43%).

SEXO DE RECIEN NACIDO.:

MASCULINO.: 109 (54%), FEMENINO. : 91 (46%).

SEMANAS DE GESTACION AL TÉRMINO DEL EMBARAZO

35 SDG: 1 (0.5%), 36 SDG: 8 (4%), 37 SDG: 14 (7%), 38 SDG: 39 (19.5%),
 39 SDG: 38 (19%), 40 SDG: 90 (45%), 41 SDG: 8 (4%), 42 SDG: 2 (1%).

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DEL GRUPO DE CESAREA

ESCOLARIDAD:

Analfabeta 5 (4.1 %), **Primaria 43 (35.5 %)**, **Secundaria 48 (39.7%)**, Bachillerato 20 (16.6 %), Licenciatura 5 (4.1 %)

RELIGIÓN:

Católica 103 (85 %), Evangélica 13 (10.7 %), Pentecostés 2 (1.6 %), Sin religión 2 (1.6 %), Testigo de Jehová 1 (0.8 %).

NIVEL SOCIO ECONOMICO:

Bajo: 59 pacientes (49%), **Medio:** 62 pacientes (51%)

OCUPACION:

HOGAR : 106 (87 %) TRABAJA: 15 (13 %)

EDAD:

Menos de 20 años 17 (14 %), menor de 30 años 70 (57.8 %),
Menor de 35 años 27 (22.3 %), mayor de 35 años 7 (5.7 %)

TALLA:

1.30 m a 1.39 m 3 (3 %), **1.40 m a 1.49 m 44 (36 %)**,
1.50 m a 1.59 m 56 (46 %), 1.60 m a 1.69 m 17 (14 %), 1.70 m
a 1.79 m 1 (1 %)

NUMERO DE GESTAS:

Con Gesta I 43 (35 %), Con gesta II 45 (37 %), Con gesta III 23 (19 %),
Con gesta IV 6 (5 %), Con gesta V 3 (3 %), Con Gesta VI 1 (1 %).

CESAREA ANTERIOR:

Con antecedente de cesárea anterior 61 pacientes que corresponde al 50 %

INICIO DEL CONTROL PRENATAL

De 1 a 13 SDG 29 (24 %). De 14 a 27 SDG 46 (38 %), De 28 a 40 SDG 42 (35 %), Sin Control Prenatal 4 (3 %).

NUMERO DE CITAS EN CONTROL PRENATAL

Menos de 5 consultas 49 pacientes (40.5 %), mas de 5 consultas 72 pacientes (59.5 %).

CITAS EN CONTROL PRENATAL

0 (6); 1 (7); 2 (7); 3 (13); 4 (16); 5 (9); 6 (15); 7 (11);
8 (11); 9 (3); 10 (11); 11 (3); 12 (7); 13 (1); 14 (1),

TRIMESTRE DEL EMBARAZO AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL

I TRIMESTRE 29 (24 %), II TRIMESTRE 46 (38 %), III TRIMESTRE 42 (35 %), SIN CONTROL PRENATAL 4 (3 %).

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Pacientes con EGO normal 92 pacientes. (76 %), Pacientes sin EGO 1 (0.8 %)
INFECCION DE VIAS URINARIAS CON TRATAMIENTO ORAL CON REMISION DEL CUADRO 24
pacientes. (19.8 %),

I VU CON AMENAZA DE ABORTO / AMENAZA DE PARTO PREMATURO HOSPITALIZADAS
CON REMISION DEL CUADRO SIN AFECTAR LA FRECUENCIA DE CESAREAS 4 (3.4 %)

TENSION ARTERIAL: MENOR DE 120/80 (119). MAYOR A 120/80: (2)

HEMOGLOBINA:

8: (4), 9: (6), 10: (21), 11: (30), 12: (54), 13: (4), IGNORA: (2).

GRUPO SANGUINEO Y RH:

“O” RH + : (109), “A” + : (3), “B” + : (5), IGNORA: (4).

ENVIADAS A EMI 44 PACIENTES

ENVIO A 2 NIVEL GINECO-OBSTETRICIA: 121 PACIENTES (60%).

NUMERO DE CITAS A EMI:

0: (98), 1: (0), 2: (3), 3: (4), 4: (7), 5: (2), 6: (2), 7: (3), 8: (1), 9: (1).

RIESGO OBSTETRICO:

ALTO RIESGO 95 : (79%), BAJO RIESGO 26 : (21%).

CESAREAS EFECTUADAS:

121 PACIENTES QUE CORRESPONDE A 60%

COMPLICACIONES: HEMORRAGIA POST PARTO. (1 Paciente)

METODO PLAN. FAM.: DIU: 52 (43%), OTB: 46 (38%), SIN MPF: 23 (19%)

COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO.

DEFICIENCIA RESPIRATORIA.: (1), HIPOXIA NEONATAL: (1).

APGAR DEL RECIEN NACIDO:

8-9: 112 (92 %), 7-8: 6 (5 %), 7-9: 2 (2 %), 4-5: 1 (1 %)

PESO DE RECIEN NACIDO:

Menor de 3 Kg. : 31 (26%), **De 3 a 3 500 Kg. : 51 (42%),** de 3.500 a 4 Kg. : 29 (24%), mayor de 4 Kg. : 10 (8%).

TALLA DEL RECIEN NACIDO:

Menor de 50 cm. : 56 (46%), **mayor de 50 cm : 65 (54%).**

SEXO DE RECIEN NACIDO.:

MASCULINO.: 69 (57%), FEMENINO. : 52 (43%).

SEMANAS DE GESTACION AL TÉRMINO DEL EMBARAZO

36 SDG: 6 (5%), 37 SDG: 6 (5%), 38 SDG: 26 (22%), 39 SDG: 25 (20%),
40 SDG: 52 (43%), 41 SDG: 5 (4%), 42 SDG: 1 (0.8%)

RESULTADOS

Se estudiaron 200 pacientes en el puerperio inmediato en quienes se realiza una encuesta sobre sus antecedentes personales, patológicos, sobre su control prenatal y sobre su atención obstétrica .según la clasificación del IMSS 124 (62%) pacientes de alto riesgo, y 76(38%) de bajo riesgo(cuadro1).

La religión católica ocupa 86% del total de pacientes (grafica1), el 50% de nivel socioeconómico es bajo y el otro 50% es medio (grafica2), el 89% es ama de casa, y el 11% trabajan (grafica3), la edad promedio es de 24.3 años, con 121 (60%) pacientes entre 21-30 años (cuadro 2), el 30% tiene talla menor de 150 cm. (cuadro3, grafica4)., 78 (39%) pacientes con estudio de secundaria y 71 (35%) con estudios de primaria (grafica 5), el 37% cursa su primer embarazo, 34% en el segundo embarazo (grafica 6), el 36% con cesárea anterior

Solo 40 pacientes del total encuestado presenta infección urinaria la cual cede con tratamiento médico, sin afectar la resolución obstetricia (cuadro 4), Del grupo estudiado 112 (56%) pacientes tienen mas de 5 citas en su control prenatal (cuadro 5). Además de observa que 70 (35%) inician su control prenatal en el segundo trimestre, y 67(33%) en el tercer trimestre (grafica 7).

Se observa que un tercio de los productos de las pacientes operadas, presentan un peso de mas de 3.6 kg. (grafica 8). Y en número de los productos obtenidos con talla mayor de 50 cm., es mayor en las operadas (grafica 9)

Se efectuó cesárea en 121 (60%) del total de las pacientes encuestadas (grafica10), las causas mas frecuentes fueron desproporción céfalo pélvica, cesárea previa, sufrimiento fetal agudo, presentación pélvica, preeclampsia (cuadro 6, grafica 11).

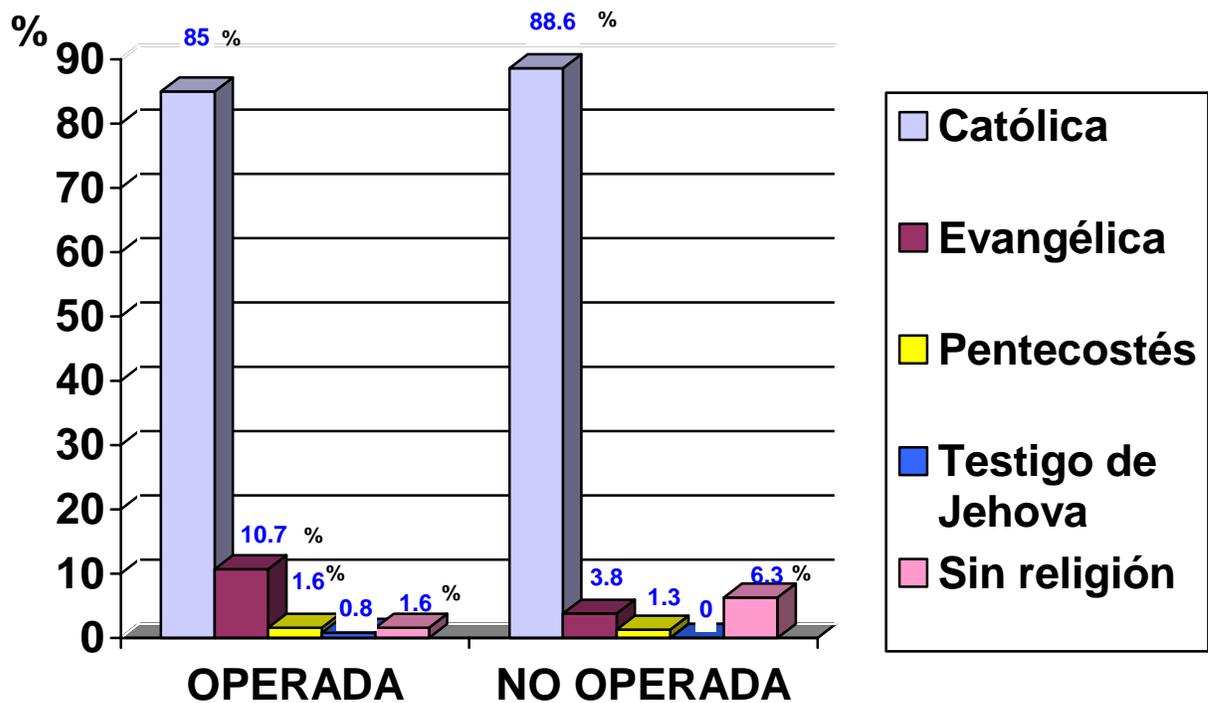
CUADRO No. 1 RIESGO OBSTETRICO EN EL TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADAS. (PACIENTES OPERADAS Y NO OPERADAS).

		NUMERO DE PACIENTES		
		NO OPERADA	OPERADA	TOTAL
RIESGO OBSTETRICO	ALTO	29	95	124
	BAJO	50	26	76
TOTAL		79	121	200

FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

En el cuadro se observa un mayor número de pacientes con alto riesgo obstétrico en el grupo de las que fueron operadas.

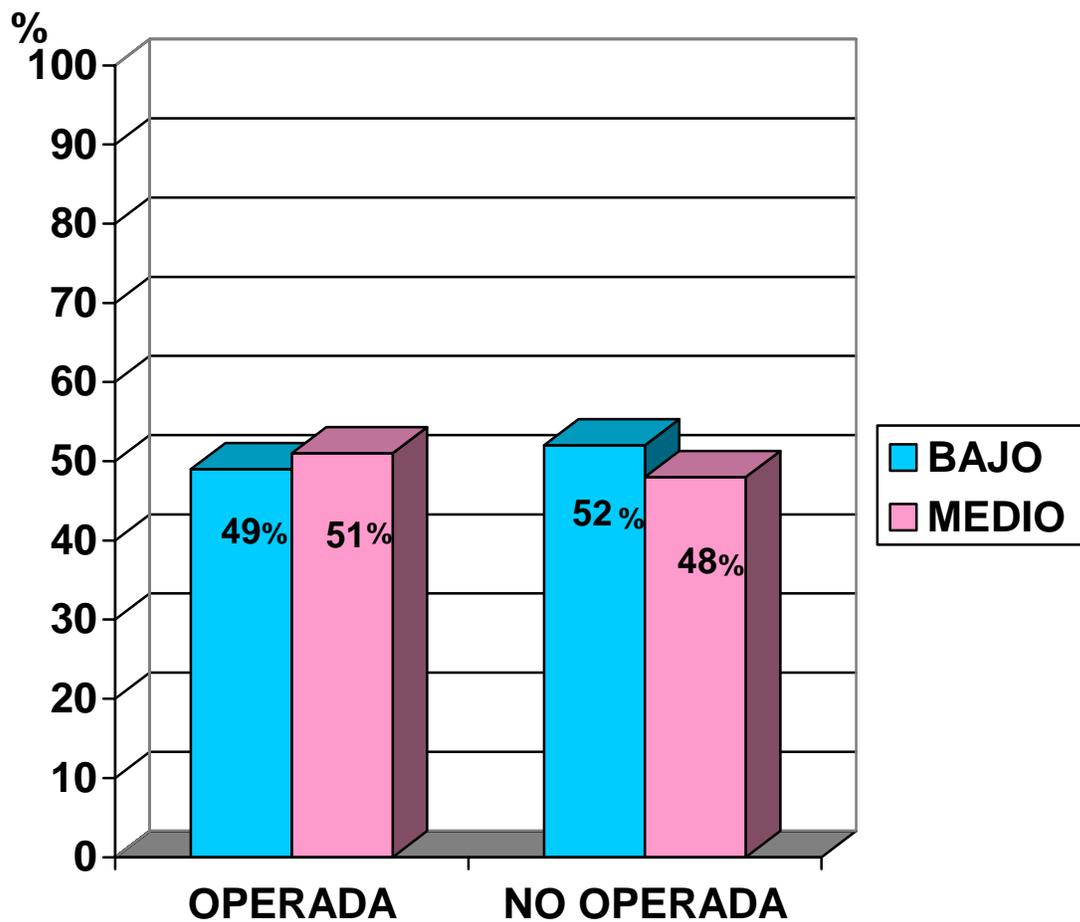
GRAFICA No. 1 TIPO DE RELIGION EN PACIENTES OPERADAS Y NO OPERADAS.



FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

En esta grafica se observa que en el total de las pacientes el mayor porcentaje es de la religión católica, por lo tanto en el grupo de las pacientes operadas, el mayor porcentaje también es de esta religión.

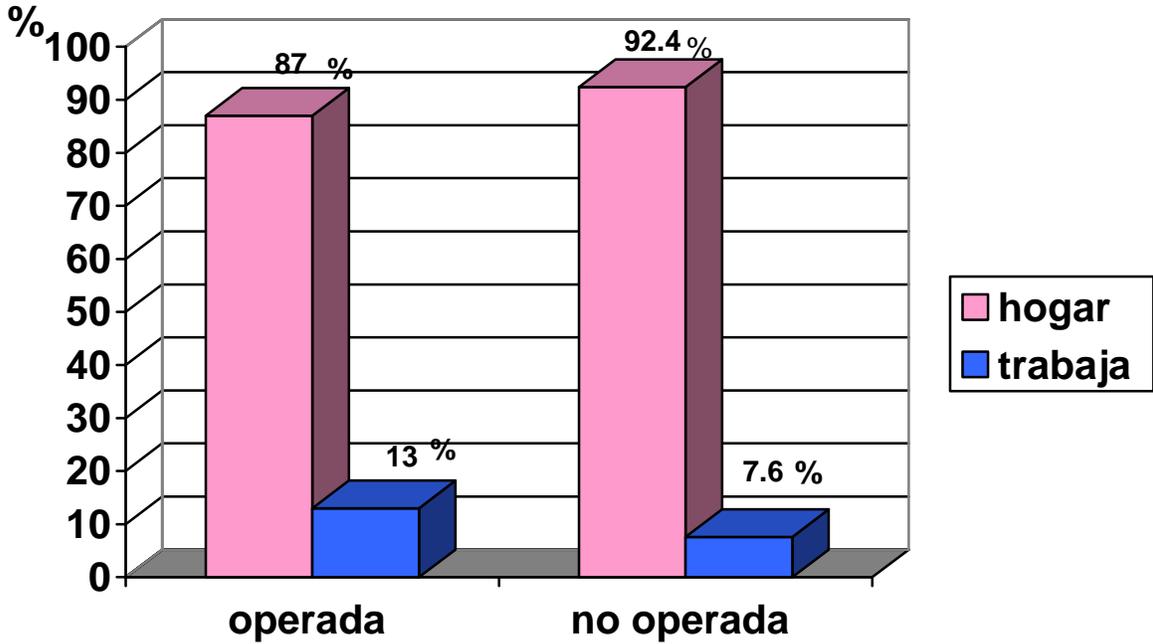
GRAFICA No. 2 NIVEL SOCIO ECONOMICO EN NÚMERO DE PACIENTES OPERADAS Y NO OPERADAS



FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En esta grafica se observa que el nivel socioeconómico no es significativo y no influye directamente sobre el grupo de pacientes que fueron operadas.

GRAFICA No. 3 OCUPACION EN PACIENTES OPERADAS Y NO OPERADAS.



FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

En la grafica se observa que el mayor porcentaje de pacientes se dedican al hogar y por lo tanto también es el mayor porcentaje en el grupo de pacientes operadas.

CUADRO No. 2 EDAD DE LAS PACIENTES OPERADAS Y NO OPERADAS.

EDAD	OPERADA	NO OPERADA
DE 15 a 20 AÑOS	14 %	21.5 %
DE 21 a 30 AÑOS	58 %	64.6 %
DE 31 a 35 AÑOS	22.3 %	11.4 %
MAYOR DE 35 AÑOS	5.7 %	2.5 %

FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En el cuadro se observa la distribución por edades del total de pacientes, divididos en operadas y no operadas. Se observa que el mayor porcentaje de pacientes en todo el grupo de estudio se ubica entre el grupo de edad de 21-30 años, por lo tanto también el de mayor porcentaje entre las pacientes operadas.

CUADRO No. 3 ESTATURA EN PACIENTES OPERADAS Y NO OPERADAS.

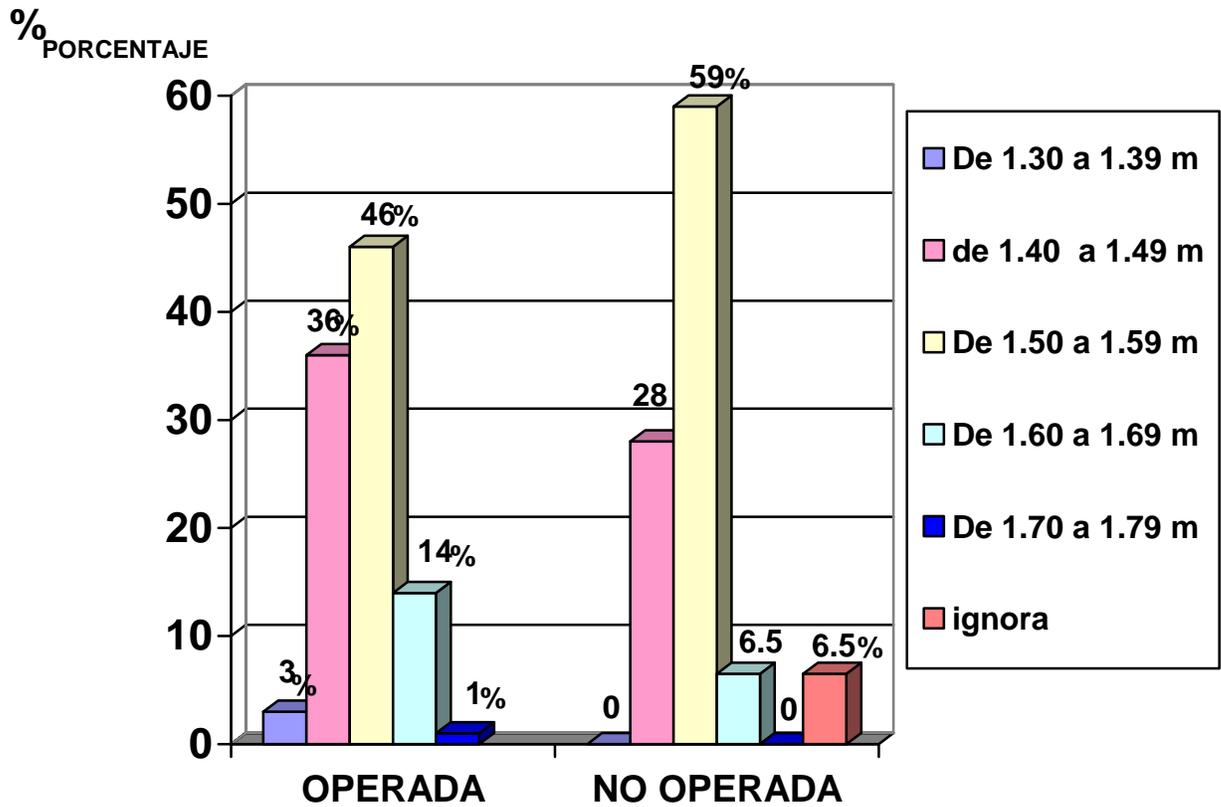
TALLA	OPERADA	NO OPERADA
De 1.30 a 1.39 m	3 %	0 %
de 1.40 a 1.49 m	36 %	28 %
De 1.50 a 1.59 m	46 %	59 %
De 1.60 a 1.69 m	14 %	6.5 %
De 1.70 a 1.79 m	1 %	0 %
ignora		6.5 %

FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

En el cuadro se observa la distribución en grupos de talla de todas las pacientes y separados entre operadas y no operadas. Encontrando un mayor porcentaje 39% en menores de 1.50 m. En pacientes operadas.

GRAFICA NO. 4
OPERADAS

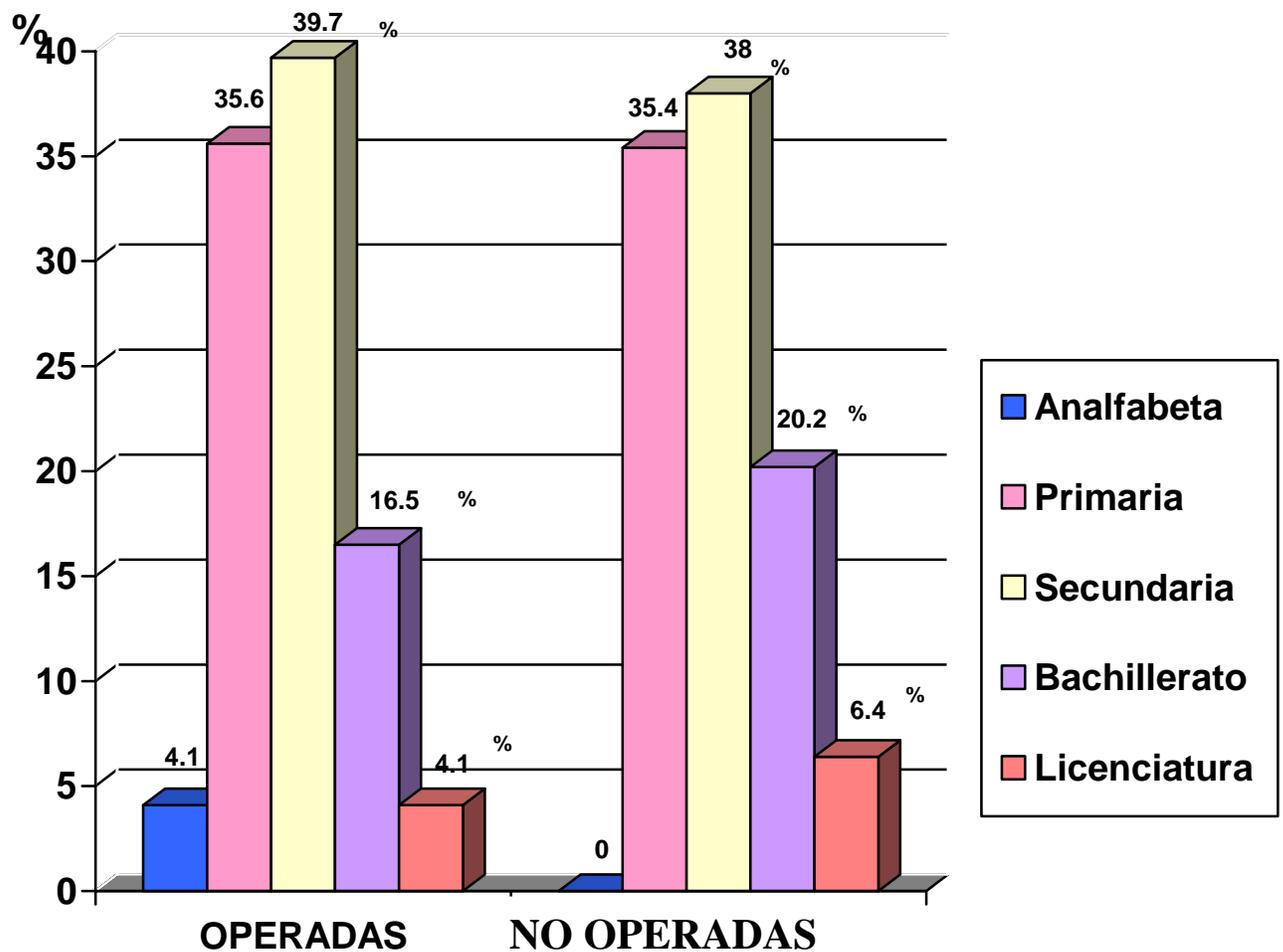
ESTATURA DE PACIENTES OPERADAS Y NO



FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En esta grafica se observa más del 30% en las pacientes con talla de 130 hasta 150 cm. en el grupo de pacientes operadas.

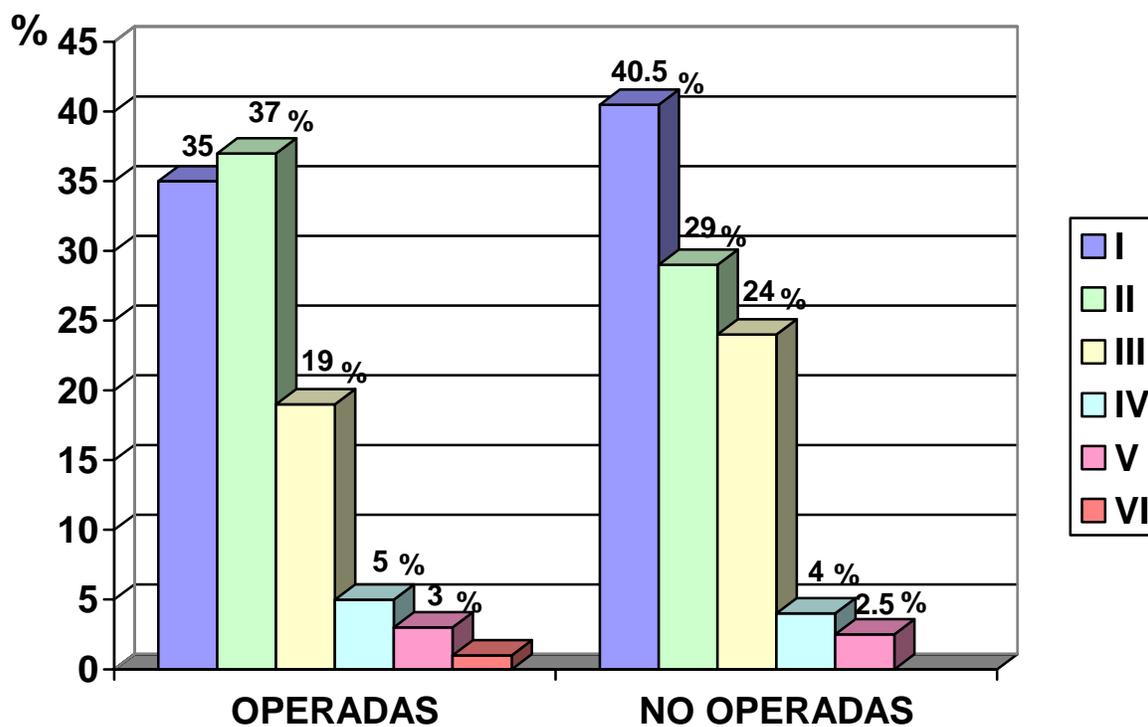
GRAFICA No. 5 TIPO DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES OPERADAS Y NO OPERADAS.



FUENTE. ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

En la grafica se observa que el mayor porcentaje de embarazadas en total, se presenta con estudios de primaria y secundaria y por lo tanto son el mayor porcentaje que fueron operadas con este nivel de estudio.

GRAFICA NO. 6 NUMERO DE GESTAS DE PACIENTES OPERADAS Y NO OPERADAS



FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En la grafica se observa que en el grupo de pacientes operadas las de mayor cantidad fueron las de gesta II. En el grupo de las no operadas son primigestas.

CUADRO No. 4 PORCENTAJE DE PACIENTES CON IVU

	OPERADAS	NO OPERADAS
IVU TRATAMIENTO ORAL	19.8 %	5 %
IVU CON AA/APP TRATA. EN HOSP.	3.4 %	10.3 %
EGO NORMAL	76 %	79.7 %
SIN EGO	0.8 %	5 %

FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En el cuadro se observa el porcentaje de pacientes con infección de vías urinarias con tx. Ambulatorio y hospitalario sin repercusión en el termino obstétrico.

CUADRO No. 5 NUMERO DE CITAS A CONTROL PRENATAL

NUMERO DE CITAS	OPERADAS	NO OPERADAS
0	6	5
1	7	4
2	7	7
3	13	10
4	16	13
5	9	10
6	15	8
7	11	3
8	11	8
9	3	2
10	11	3
11	3	2
12	7	1
13	1	2
14	1	1
Más de 5 consultas	72	40
Porcentaje	60%	50%

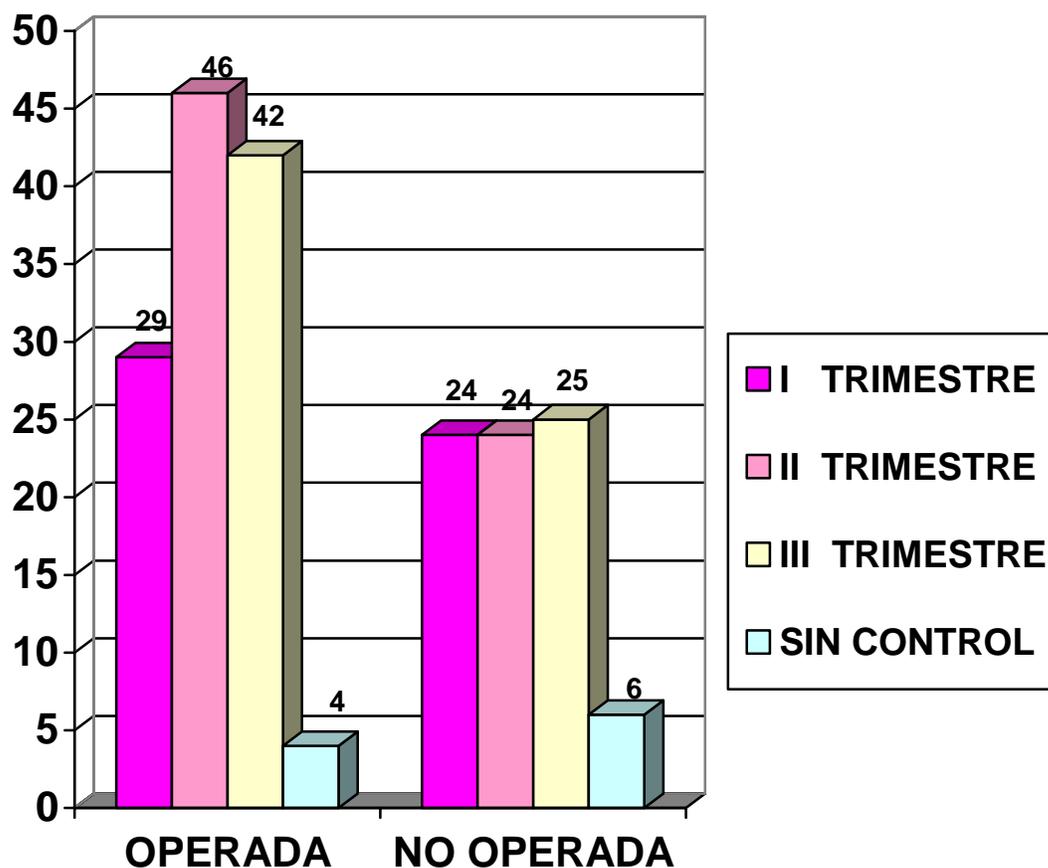
72
60%

40
50%

FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En el cuadro se observan el número de citas en control prenatal de las pacientes estudiadas, con más de 5 citas.

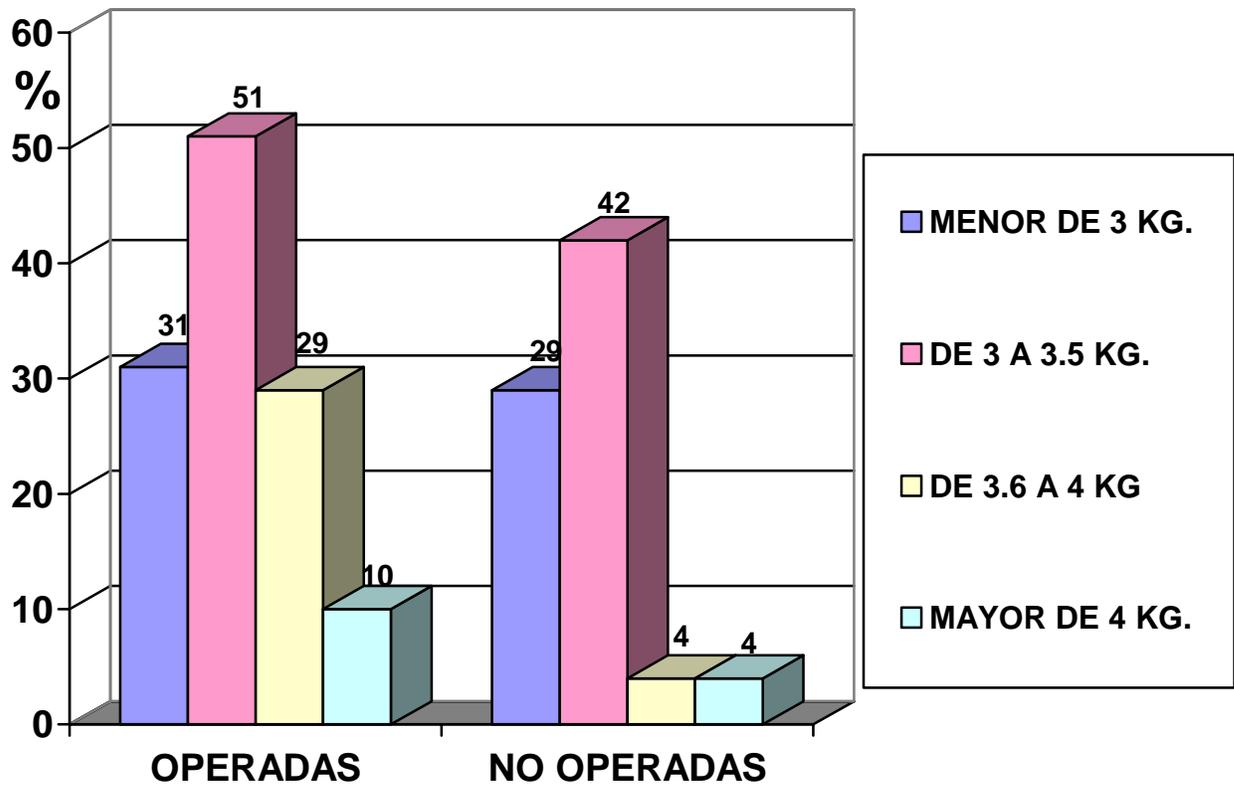
GRAFICA No. 7 TRIMESTRE DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL DE PACIENTES OPERADAS Y NO OPERADAS.



FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En la grafica se muestra que el mayor número de mujeres operadas acudió a control prenatal en el SEGUNDO TRIMESTRE Y secundariamente en el TERCER TRIMESTRE.

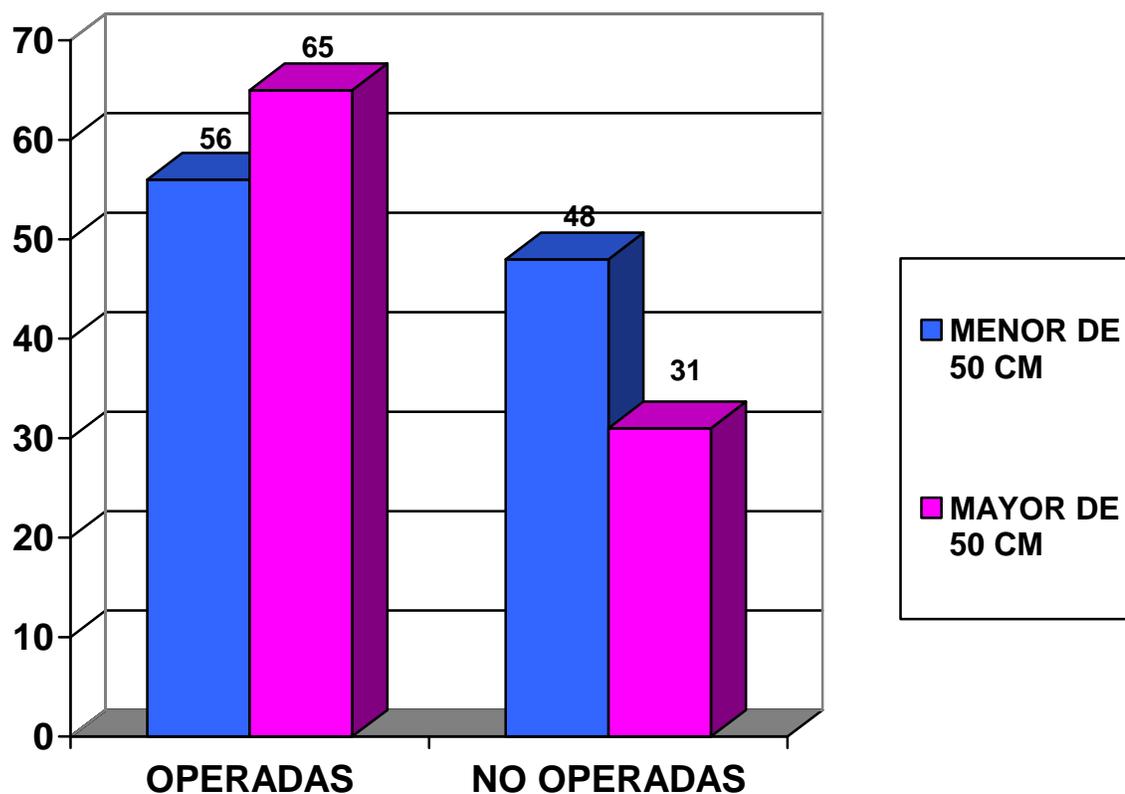
GAFICA No. 8 PESO DEL PRODUCTO EN PACIENTES OPERADAS Y NO OPERADAS



FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En la grafica se muestra el peso de los eructos obtenidos en las pacientes encuestadas, donde el 33% son mayores de 3.6 kg. En el grupo de las pacientes operadas.

GRAFICA No. 9 TALLA DE LOS PRODUCTO DE LAS PACIENTES DEL ESTUDIO

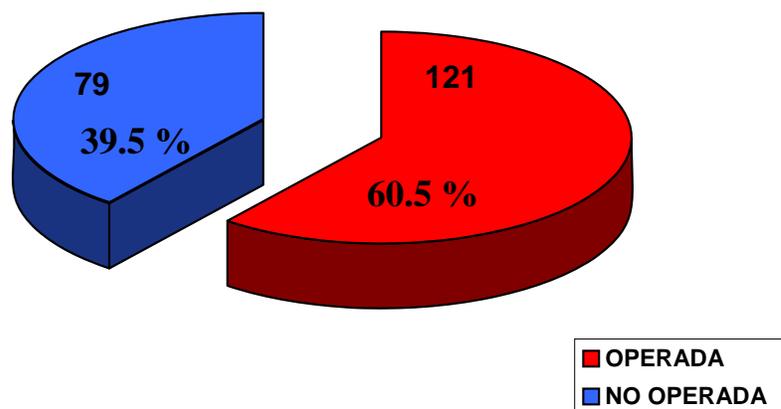


FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En la grafica se muestra como el número de pacientes con productos de talla mayor de 50 cm. es mayor en el grupo de las pacientes operadas.

FRECUENCIA DE CESAREAS

GRAFICA No. 10



FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A
LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL
ESTUDIO

En la grafica se muestra la cantidad de pacientes que fueron operadas de cesárea del grupo estudiado.

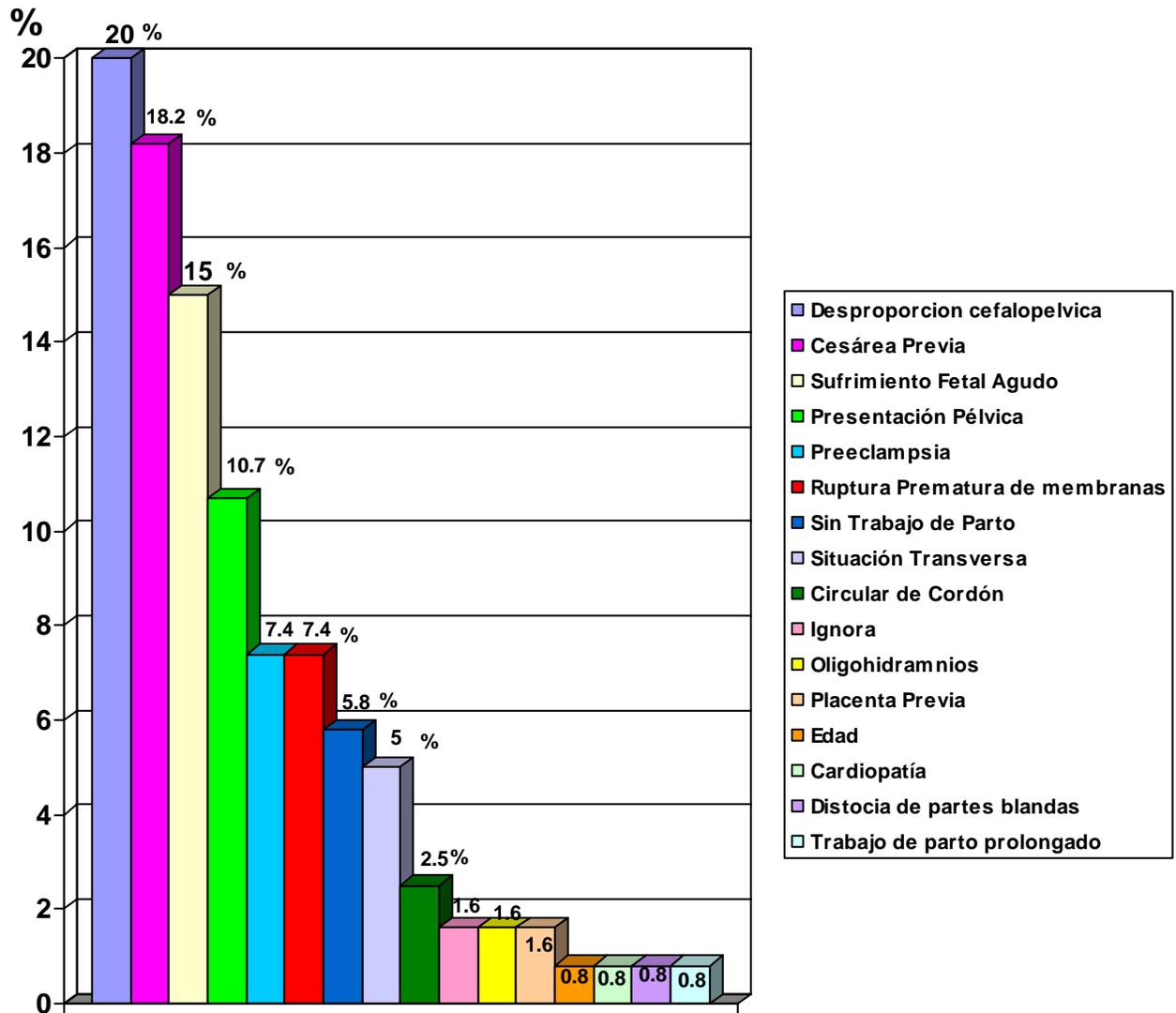
CUADRO No. 6 DIAGNOSTICO CAUSANTE DE CESAREA

DIAGNOSTICO CAUSANTE DE CESAREA	
Desproporción céfalo pélvica	24 - 20%
Cesárea Previa	22 - 18.2%
Sufrimiento Fetal Agudo	18 - 15%
Presentación Pélvica	13 - 10.7%
Preeclampsia	09 - 7.4%
Ruptura Prematura de membranas	09 - 7.4%
Sin Trabajo de Parto	07 - 5.8%
Situación Transversa	06 - 5%
Circular de Cordón	03 - 2.5%
Ignora	02 - 1.6%
Oligohidramnios	02 - 1.6%
Placenta Previa	02 - 1.6%
Edad	01 - 0.8%
Cardiopatía	01 - 0.8%
Distocia de partes blandas	01 - 0.8%
Trabajo de parto prolongado	01 - 0.8%

FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En el cuadro se observan los principales diagnósticos causa de cesárea en el grupo estudiado.

GRAFICA No. 11 DIAGNOSTICOS CAUSANTES DE CESAREA.



FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA A LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

En la grafica se observan los principales diagnósticos de los ginecólogos por los que se operaron a las pacientes del estudio.

DISCUSION

Según los resultados se observa que las pacientes con una atención prenatal oportuna y continua, terminaron su embarazo mediante operación cesárea.

Se observa un promedio de 5 consultas en todo el grupo encuestado, además de iniciar su control prenatal en el segundo trimestre un 35% del total de pacientes, por lo que cabe mencionar, que existen estudios que mencionan la atención adecuada como aquella que se inicia en el primer trimestre de embarazo y tiene como mínimo nueve consultas durante el mismo (27).

En nuestro país se incrementó de 2,2 a 2,8; y que durante 1993 y 1995 un 86,1% de las mujeres recibieron control prenatal por personal médico; durante el mismo período el porcentaje de partos atendidos se incrementó de un 54,3% al 65,8% (28)

Otros estudios comentan de un programa denominado "Renacer del Parto Natural" se aplicó en 8 sesiones a partir de las 20 semanas de gestación. En esta investigación se entregaron herramientas y se desarrollaron habilidades para enfrentar el trabajo de parto en forma natural y protagónica, junto a su pareja y doula (persona de sexo femenino, elegida por la embarazada cuya función es ser acompañante en el curso, durante el proceso del embarazo, trabajo de parto y parto) (20)

Cabe mencionar, que en este trabajo no se investigó sobre el uso de servicios prenatales fuera de la institución bajo estudio, lo cual sugiere iniciar una línea de investigación para abarcar esta posibilidad.

Con respecto a las variables sociodemográficas estudiados en el total del grupo no se observan variantes relevantes con relación a la cesárea, (20).

Se observa que más del 30 % de los productos obtenidos de las pacientes en este estudio tienen más de 3.600 Kg., en comparación a países sudamericanos, con un promedio de 3.3 Kg. (27)

Finalmente es necesario señalar que la incidencia de cesárea (60%), en las pacientes en control en la UMF 64 de Tuxtepec, Oax. realizadas en el HGZ No.3 de la misma ciudad, está por arriba de lo que marca la OMS (15%), la norma oficial mexicana (15%), (5, 23,25)

CONCLUSIONES

Dentro de los resultados obtenidos en el presente estudio se observa una frecuencia alta de la operación cesárea (60%) muy superior al recomendado por la OMS (15%), con un diagnóstico principal de desproporción cefalopelvica, se pudiera relacionar con la cantidad de pacientes de talla por debajo de 150 cm. Pero sería recomendable efectuar otros estudios dirigidos sobre estas variables para verificar si la talla de la madre y el peso del producto pueden determinar la realización y el aumento en frecuencia de la cesárea.

Las causas principales de cesárea, encontradas en este estudio, no dependen del manejo del médico familiar, solo de su detección oportuna, lo que refuerza la importancia de llevar un control P., en forma oportuna y con esto detectar a tiempo, los factores de riesgo para su control y manejo oportuno con el gineco.

Los factores socio-personales, no demuestran una diferencia significativa entre pacientes operadas y no operadas, un 90% en el hogar y 10% trabajan, lo que da una gran oportunidad de alimentación al seno materno, y con esto sus ventajas.

Con respecto a la edad de 20-30 años el 60%, del total de las pacientes, lo que observamos una buena tendencia en la mejor edad para el embarazo, probablemente, por la orientación que se da en la consulta y en los diversos grupos de apoyo, por lo que se debe continuar y reforzar estas pláticas, para aumentar el porcentaje de embarazos en la mejor edad para ello.

Se observa más del 70% de los embarazos entre de GI y GII, se observa una tendencia a la disminución de los embarazos, ya sea por situaciones económicas, o por una buena orientación, en la consulta y en los grupos de apoyo, donde se refuerza la orientación de ofrecer una buena educación y alimentación para los hijos, con embarazos planeados y en menor número.

Además encontramos en un menor porcentaje de pacientes entrevistadas, de un 3-4% que ignoran algunos datos (talla, hemoglobina, grupo y Rh, dx. De cesárea previa), que pudiera ser por falta de interés de la paciente / familiares o descuido del médico familiar. Por lo que se recomienda verificar que la paciente este enterada de resultados de laboratorio, USG, exploración física, sus tratamientos y la razón de envió a otros servicios. Con esto se puede obtener en mejor control prenatal, con una buena comunicación con la paciente y sus familiares.

La educación en el embarazo más la protocolización de la atención del trabajo y parto redujo las intervenciones de rutina usadas en este proceso (20)

Por lo anterior: Debería intensificarse la difusión de la Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y establecer un sistema de vigilancia y monitoreo de realización de cesáreas en cada hospital donde se lleven a cabo. Elaborar protocolos por parte de ginecólogos.

El control prenatal por si solo no va a evitar todas las emergencias obstétricas, pero si va a permitir identificar a las mujeres que tienen alto riesgo obstétrico y realizar la transferencia de las mismas en forma oportuna

Los resultados obtenidos pueden ser diferentes si se encuesta a otro tipo de población, por lo que se recomienda efectuar otros estudios, para corroborar las diferencias, y tomar acciones según los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gómez-Dantes O. El secuestro de Lucina (o como detener la epidemia de cesáreas), *Salud Publica Méx.*46, 2004; 71-74.
2. Aceituno V. L., Segura G. M., Quesada J., Rodríguez-Zarauz R., Ruiz-Martínez A. I. Barqueros y Sánchez M. T. Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. *Prog. Obstet. Ginecol.* 46(10)2003;.430-40.
3. Vergara F., Abel F., Alvarez D., Coll C., Cuadrado C., González-Merlo J., Martínez-Pereda J:M:, Mateu S., Zamarriego J. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO. *Prog Obstet Ginecol* 442001;:46-55.
4. Secretaria de Salud. Lineamiento Técnico. Cesárea Segura 2002.
5. Pavón León Patricia, Gorgeascochea Trejo Ma. Del Carmen, Ramírez Muro Miguel, Landa Ortiz Víctor, Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver.
6. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles, y factores asociados. *Salud Pública Méx.* 46.2004;:16-22.
7. Andrés Farro, José Pacheco, Mortalidad Materna: Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, *Gineco. Obstet.* (Perú) 49(1)2003;18-30.
8. Usandizaga M, Marqués A. Un intento de controlar las tasas de cesáreas. Revisión al cabo de cinco años. *Prog Obstet Ginecol* 44.2001; 75-81.
9. Caraballo L. S., Garcia R. Y., Núñez Á. A. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: Clasificación previa y uso de antibióticos. *Rev. Cubana Med. Trop.* 53(2): 2001; 106-10
10. Grosch-Wörner I, Schäfer A, Obladen M, et al. An effective and safe protocol involving zidovudine and caesarean section to reduce vertical transmission of HIV-1 infection. *AIDS* 14: 2000; 2.903-2.911.
11. Ramírez P. H., Complicaciones maternas y perinatales con rotura uterina en pacientes que intentaron parto vaginal después de operación cesárea: una revisión de la literatura, *Rev. Chile. Obstet, Ginecol.* 68(6):2003; 544.
12. Miguel P., Validación del ultrasonido como prueba diagnostica para circular de cordón durante el trabajo de parto, estudio preliminar, *Ginecol. Obstet.*2002;48(3):
13. Barrios F. L. Área de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante, Aspectos Jurídicos de la intervención cesárea. *Toko-Gin Pract,* 61(8):2002; 447-456.
14. Programa nacional de salud reproductiva y planificación familiar del Ministerio de Salud del Perú. Publicado el 2000. Medidas preventivas dentro de los establecimientos.
15. Casini, S., y cols. Guia de Control Prenatal Embarazo normal. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramon Sardá* 2002, 21 (2)

16. Arribas M. L., Bailón M. E., Iglesia L.B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Aten. Primaria* 29(4):2002. 233-236
17. Salvador J., Cunillé M., Lladonosa A., Ricart M., Cabré A., Borrel C. Características de las gestantes y control del embarazo. *Gaceta Sanitaria* 15(3):2001; 230-236
18. Claudio Vera P., Jorge Carvajal C. Morbilidad materna asociada cesárea sin trabajo de parto comparación con inducción al termino. *Revista Chilena Obstetricia y ginecol.* 71(5): 2006,373-375.
19. Rodrigo Latorre R., Jorge carrillo T. , Un modelo para contener la tasa de cesárea, y prevenir la encefalopatía hipoxico izquemica . *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecol.* 71(3) 2006, 196-200
20. Carmen Soto M., Hilda Teuber L. Educación Prenatal y su relacion con el tipo de parto . *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecol.* 71(2) 2006,98-103
21. Hugo Salinas P., Marcia Erazo B., Indicadores de Calidad de asistencia en obstetricia *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecol.* 71(2) 114-120.
22. Ignacio Lee Santos, Operación Cesarea: Estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel. *Rev. Med.IMSS.* 42(3) 2004: 199-204.
23. Corri Black, James A. Kaye, La cesárea en Inglaterra. *Ostetrics y Gynecology.* 106. 2005. 151-155.
24. Villar Jose, Valladores Eliete, Wojdyla Daniel. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 61(11) 2006.693-694
25. Norma Oficial Mexicana para la atención de embarazo, parto y puerperio.
26. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal.
27. Martinez Gonzalez L., Reyes frausto S. utilización adecuada de la atención prenatal en el IMSS. *Salud Publica Mex.* 38. 1996, 341-351.
28. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Volumen II. Washington: Organización Panamericana de la Salud;1998.
29. Jorge Cabrera D, Germán Cruz B. Características del peso, edad estacional y tipo de parto del recién nacido, en el sistema público y privado. *Rev. Chilena Obstetricia Ginecol.* 71(2), 2006:92-97.

16. Arribas M. L., Bailón M. E., Iglesia L.B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Aten. Primaria* 29(4):2002. 233-236
17. Salvador J., Cunillé M., Lladonosa A., Ricart M., Cabré A., Borrel C. Características de las gestantes y control del embarazo. *Gaceta Sanitaria* 15(3):2001; 230-236
18. Claudio Vera P., Jorge Carvajal C. Morbilidad materna asociada cesárea sin trabajo de parto comparación con inducción al termino. *Revista Chilena Obstetricia y ginecol.* 71(5): 2006,373-375.
19. Rodrigo Latorre R., Jorge carrillo T. , Un modelo para contener la tasa de cesárea, y prevenir la encefalopatía hipoxico izquemica . *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecol.* 71(3) 2006, 196-200
20. Carmen Soto M., Hilda Teuber L. Educación Prenatal y su relacion con el tipo de parto . *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecol.* 71(2) 2006,98-103
21. Hugo Salinas P., Marcia Erazo B., Indicadores de Calidad de asistencia en obstetricia *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecol.* 71(2) 114-120.
22. Ignacio Lee Santos, Operación Cesarea: Estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel. *Rev. Med. IMSS.* 42(3) 2004: 199-204.
23. Corri Black, James A. Kaye, La cesárea en Inglaterra. *Ostetrics y Gynecology.* 106. 2005. 151-155.
24. Villar Jose, Valladores Eliete, Wojdyla Daniel. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 61(11) 2006.693-694
25. Norma Oficial Mexicana para la atención de embarazo, parto y puerperio.
26. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal.
27. Martinez Gonzalez L., Reyes frausto S. utilización adecuada de la atención prenatal en el IMSS. *Salud Publica Mex.* 38. 1996, 341-351.
28. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Volumen II. Washington: Organización Panamericana de la Salud;1998.
29. Jorge Cabrera D, Germán Cruz B. Características del peso, edad estacional y tipo de parto del recién nacido, en el sistema público y privado. *Rev. Chilena Obstetricia Ginecol.* 71(2), 2006:92-97.

ANEXOS:

ANEXO 1: HOJA DE ENCUESTA

ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

12. ANEXO 1

HOJA DE ENCUESTA:

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE _____ EDAD _____ NO. DE AFILIACIÓN _____
ESCOLARIDAD _____ RELIGION _____ NIVEL SOCIOECONOMICO _____
OCUPACION _____ FECHA _____

ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES:

ENFERMEDAD _____ PARENTESCO _____ ENFERMEDAD _____ PARENTESCO _____
Diabetes mellitus _____ Hipertensión arterial _____
Obesidad _____ Otros _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

ALIMENTACIÓN: No. DE VECES POR SEMANA: _____ LECHE _____ CARNE _____ VERDURAS _____
FRUTAS _____ HUEVO _____ LEGUMINOSAS _____ LACTEOS _____ PESCADO _____
HABITOS HIGIENICO DIETETICOS: BAÑO DIARIO Y ASEO DENTAL: SI _____
NO _____
TABAQUISMO: SI _____ NO _____ ALCOHOLISMO: SI _____ NO _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

ENFERMEDADES CRÓNICAS; DIABETES _____ HIPERTENSION ARTERIAL _____ OBESIDAD _____
ANT. QX. _____ TRANSFUSIONALES _____

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

MENARCA _____ RITMO _____ IVSA _____ GESTAS _____ PARTOS _____ FUR _____
ABORTOS _____ CESAREAS _____ FUP _____ FUC _____ FUA _____
INDICACION DE LA CESAREA ANTERIOR _____
COMPLICACIONES: INFECCION; SI _____ NO _____ SANGRADO: SI _____ NO _____
PRODUCTOS MACROSOMICOS _____ No. DE HIJOS VIVOS _____
MUERTE PERINATAL: SI _____ CAUSA: _____

CONTROL PRENATAL:

CONTROL PRENATAL SI _____ NO _____ EDAD DE INICIO: _____ No. DE CITAS _____
A. ABORTO: SI _____ NO _____ EDAD Y TRATAMIENTO: _____
A. PARTO: SI _____ NO _____ EDAD Y TRATAMIENTO: _____
PESO _____ TALLA _____ TA _____ FC _____
HB _____ GLUCOSA _____ GRUPO Y RH _____ EGO _____
CONTROL POR MF: SI _____ NO _____ No. DE CITAS POR GO: SI _____ NO _____ NO. DE CITAS _____
MOTIVO: _____
POR EMI : SI _____ NO _____ No DE CITAS _____

ATENCIÓN DEL PARTO

CESÁREA KERR _____ BECK _____ INDICACION: _____
TIPO DE ANESTESIA _____ COMPLICACIONES (ESPECIFICARLAS) _____

DIAS DE ESTANCIA: _____ DIAS. ALTA POR: _____
MEJORÍA _____ VOLUNTARIA: _____ DEFUNCION: _____

RECIEN NACIDO

HOSPITALIZACIÓN _____ CAUSA _____
DIAS DE ESTANCIA: _____ COMPLICACIONES _____
APGAR AL MINUTO _____ A LOS 5 MINUTOS _____ HIPOXIA NEONATAL _____
PESO _____ TALLA _____ PC _____ PA _____
MUERTE PERINATAL _____

Anexo 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE SERVICIOS MEDICOS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 3 TUXTEPEC OAXACA**

**“CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA”**

Tuxtepec, Oax., a _____ de _____ de 200__

Por medio de la presente acepta participar en el proyecto de investigación titulado: **Incidencia de Operación Cesárea en Hospital General de Zona No. 3 de embarazadas en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 64,** registrado ante el Comité Local de investigación. El objetivo de este estudio es: **Demostrar la incidencia real de cesáreas en las embarazadas en control en la UMF No. 64 y detectar los factores que pudieran influir en el incremento de esta cirugía con el fin de tratarlos con oportunidad o bien prevenirlos.**

Se me ha informado que mi participación consistirá en: **contestar una encuesta.**

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre mi participación en el estudio. El responsable del estudio se ha comprometido a darme información, así como a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de cualquier asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que con ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El responsable del estudio me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y publicaciones que deriven de éste estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se obtenga en el estudio, aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

DR. JOSE A. ESTRADA ESQUIVEL
MATRICULA 8135584

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

TESTIGO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 1º. AÑO DE LA RESIDENCIA												
ACTIVIDADES 2004	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPBRE.	OCT	NOV BRE	DIC
1.SELECCIÓN DEL PROBLEMA Y TITULO DEL PROTOCOLO				1-30	1-30							
2.REVISION BIBLIOGRAFICA.						1-30	1-31					
3.ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO.								3-31	1-30	1-30		
4.CORRECCIONES AL PROTOCOLO											3-30	

ANEXO 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL 2º. AÑO DE RESIDENCIA

ACTIVIDADES 2005	ENERO	FEB.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.-BRE.	OCT.	NOV-BRE	DIC.
1.INFORMAR Y SOLICITAR PERMISO PARA EL ESTUDIO	3-5											
2.CAPACITACIÓN AL PERSONAL	6-8											
3.CAPTACION DE LA MUESTRA	11-31	1-28	1-31	1-30	1-31	1-30	1-31	1-31	1-30	1-31	1-30	
4.CONTROL DE LA INVESTIGACION Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION												1-10
5.ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS												11-20
6.ESTRUCTURACION DEL ESCRITO CIENTIFICO												21-30

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL 3 AÑO DE RESIDENCIA												
ACTIVIDADES 2006	ENERO	FEB.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS TO	SEP- BRE.	OCT.	NOV BRE	DIC.
1.ELABORACIÓN DEL RESUMEN			1-31									
2.PRESENTACION PUBLICA DE RESULTADOS					11							

ANE
XO
3

FOLIO	1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ESC		4	4	3	2	1	1	2	1	2	5	1
RELIG		1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NV. SEC		2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1
OCUP.		2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
EDAD		34	28	27	26	37	19	26	16	18	30	35
RANGO		30	20	20	20	36	15	20	15	15	30	30
AHF-HAS				1		0	0	0			0	0
AHF-DM		1	1	0	1			0	1	1		
APP	DM		0	0		0	0	0		0	0	
GASTA 1		1	1				1		1			
GESTA+1			0	3	2	5		4		2	5	2
CES. AT.			0	0	1	1	0	0		1		1
DX					SFA	OLIGO			RPM		IGNORA	
CPN-SDG		34	20	12	31	9	29	18	27	27	39	16
RANGO		30	20	10	30	8	20	10	20	20	35	10
N.CITAS		8	11	14	7	11	3	4	4	8	1	10
A - A/PP		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
PESO		77	64	57	68	58	55	47	61	63	71	54
TALLA		154	152	155	156	146	144	152	158	150	150	152
RANGO		150	150	150	150	140	140	150	150	150	150	150
T/A		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
HB		10	10	12	12	12	12	12	10	12	10	13
GLUC		130	78	88	90	82	75	81	82	76	74	80
GPO.RH		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GPO. RH												
EGO		1	1	1	1	1	1	1			1	1
EGO-IVU									1	1	0	
GIN.-SDG		1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1
N.CITAS		5	5	0	5	4	1		0	4		3
MOTIVO	DM	HAS			C.P.	CIR.COR	A.R.		0 C.P.		C.P	
EMI		1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
N.CITAS		3	5	5	0	0	0	2	0	0	0	0
RGO.OBT.		1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1
CESAR.		1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1
DX	PREC.L\	PREC.LV			SFA	CIR.COR	OLIG.	PLC.PV.		C.P.-SF		TP-PRO
COMP.					0			0			0	0
MPF		1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1
CMP.-RN		0	0		0		0		0	0	0	0
APGAR	29-mar	29-mar	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
PESO	3900	3300	2710	2575	3400	3000	3000	2625	4000	4075	3720	
TALLA	48	50	49	47	48	49	55	50	51	56	48	
SEXO-M	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
SDG	39	38	41	40	37	40	38	36	39	39	39	

primaria1,secund.2, prepa 3, licenciatura 4,analfabeta 5,-----catol. 1, evangel. 2, pentecost. 3,

Test. De goeva: 4,-NSEC: bajo 1, alto 2. -----tabajo: hogar 1, afuera: 2. -----T/A: 120/80:1, >120/80: 2

12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	3	2	2
1	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2	1
1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
34	31	21	20	31	18	21	18	23	23	30	16	22
30	30	20	20	30	15	20	15	20	20	30	15	20
0			0	1		0	0	0	0	0		1
	1	1			1			0			1	
0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1					1	1	0	0		1	1	1
0	3	2	2	4	0		2	4	2	0	0	0
0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
0	IGN.	DCP	0	0	0	0	0	0	SFA	0	0	0
15	33	38	13	12	26	0	28	36	34	13	10	25
10	30	35	10	10	20	0	20	35	30	10	10	20
7	4	1	4	6	6	0	5	1	3	8	6	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
55	60	98	61	70	63	44	50	69	55	68	55	73
144	150	152	156	160	156	146	148	148	148	160	152	162
140	150	150	150	160	150	140	140	140	140	160	150	160
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	12	0	12	13	10	0	10	12	13	11	10	8
68	120	0	85	77	96	0	67	80	72	75	78	75
1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
						0					0	
1	1	1	1	1		0	1	1	1	1	1	1
					1							
1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
3	3	1	0	0	0	0	1	0	3	2	1	1
AÑOS	C.P-DG	CP	0	0	0	0	A.R.	0	C.P.	AÑOS	EDAD	PELV.
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	2	0
1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1
1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
SFA	C. P.	C. P.	0	0	PREC	0	0	SFA	DCP	0	0	P.PELV
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	2	1	0	1	2	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	89	89	89	89	89	79	89	89	89	89	89	78
3200	3950	3750	2950	3520	3500	3000	3250	2950	3255	3000	3100	3350
52	53	50	52	48	49	56	48	52	52	47	53	52
0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1
38	40	40	38	39	40	40	38	40	39	39	39	40

	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
	1	1	1	1	2	2	3	1	1	2	2	1	1	1
	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
2'0	20	20	20	30	26	21	22	31	36	33	24	30	16	26
	0	0	0		1	0	0	0	0			0	0	0
				1					0	1	1		0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1		0	1	1	0	1			0	1	
	0	0	0	3	2	0		3	0	3	3	2	0	3
	0	0	0	1	0	0		1	0	1	1	1	0	0
	0	0	0	C.P.	0	0	CP		0	RPM	RPM	RPM	0	0
	0	0	35	31	11	0	17	29	34	30	36	25	31	30
	0	0	35	30	8	0	10	20	30	30	35	20	30	30
	0	0	2	2	13	0	8	4	3	4	3	7	1	2
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	49	50	56	59	60	46	60	65	52	51	62	52	73
	0	140	146	148	152	155	145	150	156	148	46	142	144	148
	0	140	140	140	150	150	140	150	150	140	140	140	140	140
	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	11	12	12	12	12	11	8	12	12	11	11	11	9	12
	80	63	63	78	80	80	77	140	80	78	79	89	85	78
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
												0	0	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
														0
	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0
	0	0	0	1	1	0	3	3	0	0	2	3	0	0
	0	0	0	C.P.	VAL	0	ANEM.	CP-DG	0	0	C.P.	CP	0	0
	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0
	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2
	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
DCP	TRAV.	DCP	CP-PC		0	0	DCP	CP	SFA	DCP	DCP	CP	SFA	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	2	1	1	1	2	0	1	2	2	0	2
	0	0	0	0	0	0	0	0	HIPOX.	0	0	0	0	0
89	89	89	79	89	89	89	89	89	78	89	89	89	79	89
3055	3350	3055	2650	2725	2800	3550	3750	3500	3300	3550	3200	3000	3556	
	49	50	49	46	50	48	47	53	48	50	51	50	50	47
	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1
	39	40	39	38	37	35	36	40	40	39	40	40	40	40

39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	
2	2	2	2	3	1	3	3	2	3	1	1	2	2	
1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1	
1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	
1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
23	18	17	20	20	27	26	22	23	21	19	24	21	20	
20	15	15	20	20	20	20	20	20	20	15	20	20	20	
0	0	0			1		1	0	0		0	0	0	
0	0	0	1	1		1		0	0	1	0	0	0	
0	0	0	CARD	0	0	0		0	0	0	DM	0	0	
	1	1	1	1	1		1	0	0	1	0			
2	0	0	0	0	0	3	0	2	2	0	5	2	3	
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0		1	0	1	
PELV.	0	0		0	0	S-TP	0	0	0	0	S-TP	0	RPM	
30	34	34	27	18	38	6	15	31	9	34	34	34	28	
30	30	30	20	15	35	8	10	30	8	30	30	30	20	
8	3	3	6	7	1	5	6	8	9	6	4	5	5	
0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	
81	58	59	64	70	75	100	81	82	64	77	112	53	49	
148	144	144	152	155	147	163	155	152	157	150	160	149	142	
140	140	140	150	150	140	160	150	150	150	150	160	150	140	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	
11	12	12	12	11	12	9	11	10	9	10	10	11	12	
80	79	79	89	86	90	88	89	89	88	80	110	86	70	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	0	0											0	
1	0	1	1	1			1		1				1	
	1	0			1	1		1		1	1	1		
1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
3	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
C.P.	0	EDAD	CARD	0	0	0	0	0	0	0	CP-DM	0	C.P.	
0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	
0	0	0	0	6	0	4	4	0	5	0	0	8	0	
1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	
DCP	PELV.	PEL.	CARD	S-TP	CR-CD	S-TP	DIS-PB		0	0	S-TP	CP-DM	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	1	1	0	2	1	0	1	0	2	1	2	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
89	89	89	89	89	89	89	89	89	99	89	89	89	89	
4000	2950	2950	3275	4200	2950	4100	3360	3640	3400	3100	3700	2850	3000	
54	48	48	49	54	47	50	51	48	50	48	50	48	50	
0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
40	38	38	40	41	39	40	40	38	39	40	36	38	40	

53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
4	2	2	1	1	3	3	2	1	2	2	3	3	2	1
1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
22	20	27	22	32	33	31	20	28	19	21	19	26	20	22
20	20	20	20	30	30	30	20	20	15	20	15	20	20	20
0	0			0		0	0	0	0	0	0	0		0
0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1		0	0	0	1		1	1	1		1	0	1	
0	3	3	3	3	0	2	0	0	0	2	0	4	0	2
0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1
0	SFA	PELV.	0	PREC	0	S-TP	0	0	0	DCP	0	S-TP	0	IGN.
0	24	30	24	36	24	8	14	33	29	9	13	7	14	27
0	20	30	20	35	20	8	10	30	20	8	10	8	10	20
0	4	9	5	4	3	10	5	2	3	12	10	12	6	3
0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0
56	56	80	70	73	75	56	60	41	47	52	60	70	80	48
152	145	170	158	154	158	145	145	146	152	150	147	152	160	144
150	140	170	150	150	150	140	140	140	150	150	140	150	160	140
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	12	12	12	10	12	10	12	10	12	10	12	9	11	11
80	88	86	90	86	85	88	85	70	81	90	88	86	80	69
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1		1	1	1		1	0		1
						1				1		1	1	
0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
0	1	2	0	0	2	3	1	1	1	3	0	6	3	2
0	CP	C.P	0	0	TVS	C.P.	PELV	ANEM	AR	C.P.	0	C.P.	TPP	C.P.
0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	6	0	0	0
2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1
0	0	C.P.	0	RPM	TVS	RPM	PELV	0	0	DCP	0	C.P.	PREC	CP
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	2	0	1	1	2	1	1	0	2	0	2	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	78
2870	3000	2400	3500	3200	2600	3850	2600	2925	3120	2600	3100	3900	3800	3100
49	50	48	48	48	49	50	50	49	52	50	49	54	49	47
0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
40	40	36	40	39	37	40	40	40	40	38	38	39	39	36

	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
	2	1	2	1	2	1	3	1	1	2	2	3	4	3	3
	1	0	1	2	1	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1
	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	2	1	24	1	1	1	1	1	2
	24	18	24	20	22	22	25	20	20	24	23	17	30	32	28
	20	15	20	20	20	20	20	20		20	20	15	30	30	20
	0	0	0	0	1		0	0		1	0	0	1	1	1
	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			0	1			1			1		1	0	1	0
	3	2	3	0	3	3	0	2	3	0	3	0	4	0	2
	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1
PELV		0	CIR.C	0	0	0	0	CIR.C	0	0	S-TP	0	DCP	0	DCP
	20	36	20	9	12	27	8	9	32	14	9	36	6	18	9
	20	35	20	8	10	20	8	8	30	10	8	35	8	10	8
	4	2	3	10	6	6	12	9	5	8	10	2	5	8	7
	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0
	53	92	53	68	46	72	58	68	83	62	74	67	99	65	48
	148	150	148	155	150	142	146	152	152	147	150	152	158	147	140
	140	150	140	150	150	140	140	150	150	140	150	150	150	140	140
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	12	12	12	12	12	12	11	11	10	10	12	12	10	10	11
	94	78	94	90	80	90	80	90	80	86	80	80	80	80	80
	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1	
					1						1				2
	1	1	1	1	1	1	1								1
								1	1	1	1	1	1	1	
	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1
	2	0	0	2	0	0	0	2	0	1	1	0	8	4	3
C.P.		0	0	CIR.C	0	0	0	C.P.	0	S-TP	C.P.	0	AA	PREC	CP
	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	0	0	0	9	3	2	8	0	0	0	0	0	0	0	2
	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	0	0	0	CIR.C	0	0	RPM	DCP	0	0	S-TP	PREC	CP	OLIG	DCP
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	1	0	0	1	2	1	2	2	1	2	1	2	0	2
	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
	3600	3100	3600	3900	3225	3000	3900	3425	5000	3400	3625	2700	3850	3650	2800
	47	49	47	50	50	48	51	49	51	50	50	46	50	52	48
	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0
	40	40	39	38	40	40	40	40	40	41	36	36	40	38	40

83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97
3	1	2	3	1	1	2	2	5	3	1	2	2	1	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	1	24	24	23	25	32	22	24	28	19	26	23	19	23
20	24	20	20	20	20	30	20	20	20	15	20	20	15	20
	20			0		0	0	0	0				0	
1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1
0	OBES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0										
2	2	2	2	2	2	5	2	2	4	2	2	2	2	2
0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1
0	0	0	CIR.C	PELV	0	0	0	TRV	0	SFA	PEL	IGNO	0	RPM
33	26	13	34	18	32	10	34	9	27	6	8	12	33	36
30	20	10	30	10	30	10	30	8	20	8	8	10	30	35
4	2	9	3	8	6	8	2	8	7	12	12	5	4	4
0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2
72	90	100	60	78	53	53	63	54	70	70	92	57	51	56
164	160	163	150	158	142	141	148	143	155	147	160	150	150	154
160	160	160	150	150	140	140	140	140	150	140	160	150	150	150
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	12	11	80	12	12	11	12	11	12	11	12	12	12	12
90	80	86	O+	80	90	77	86	76	80	80	80	80	80	90
	1	1		1	1	1	1	1	1	1		1	1	1
1	0										2			
	1		1	1		1		1	1		1		1	1
1		1			1		1			1		1		
1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
1	0	0	3	1	0	3	0	3	0	4	6	1	0	1
S-TP	0	0	C.P.	C.P.	0	VPH	0	C.P.	0	C.P.	C.P.	C.P.	0	C.P.
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0
2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1
1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1
SFA	0	0	C,P.	TRV	0	0	RP.SF	DCP	0	C.P.	S-TP	CP	0	CP
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	2	2	2	0	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
3800	2650	2650	3500	2925	3450	2800	2350	3750	3450	3080	3350	3900	3100	3100
52	46	46	49	49	48	49	49	53	49	49	51	50	50	51
1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
41	41	40	40	40	40	40	38	38	40	38	41	40	39	38

98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
3	2	1	2	2	2	1	2	3	4	1	2	3	2	2
1	1	1	1	1		1	1	2	1	1	1	1	1	1
2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2
2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
24	22	22	18	28	1	21	29	24	28	22	19	36	26	20
20	20	20	15	20	28	20	20	20	20	20	15	30	20	20
	0		0	0	20	0	1	0	0	0		0	0	0
1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
1	0		1	1	0	0	0	1	0				1	1
0	2	2	0	0	3	2	2	0	2	2	3	3	0	0
0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0
0	0	IGN	0	0	DCP	0	RPM	0	IGN	DCP	S-TP	SFA	0	0
9	22	22	9	26	17	15	9	13	12	24	18	12	23	32
8	20	20	8	20	10	10	8	10	10	20	10	10	20	30
12	5	6	5	5	5	3	11	13	7	3	10	8	3	1
2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
72	71		73	62	69	72	48	60	42	76	81	77	55	0
159	158	89	153	165	151	158	148	155	135	148	167	154	144	0
150	150	160	150	160	150	150	148	150	130	140	160	150	140	0
1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0
12	12	11	11	12	11	13	11	11	11	10	12	10	12	0
80	97	88	88	80	77	82	93	84	98	105	80	80	88	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1		1	
									2			1		0
	1		0	1	1	1	1			1	1		1	0
1		1	1					1	1			1		
0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0
0	1	2	5	3	3	1	4	0	1	2	1	4	0	0
0	PEL		A-A/PP	P-PEV	C.P.	PELV	C.P.	0	CP	C.P.	CP	C.P	0	0
1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
5	0	0	0	0	6	0	0	9	0	0	0	0	9	0
2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2
0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
0	0	PELV	S-TP	P-PREV	C.P.	0	0	0	CP	DCP	C.P	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	2	1	0	1	2	1	1	2	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	HP-SV
89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	26
3125	3200	4225	2775	3000	3400	2600	2925	3300	2850	4225	3300	3250	2375	3300
53	50	54	48	49	52	43	48	48	50	54	51	49	46	49
1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1
40	40	39	40	38	37	37	38	38	40	37	38	40	39	37

127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141
5	3	1	1	4	1	1	2	1	2	2	3	2	4	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1
1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
26	36	24	24	21	21	33	19	30	20	29	28	24	22	22
20	30	20	20	20	20	30	15	30	20	20	20	20	20	20
0	0	0	0	0		0		0			1	0	0	0
1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	DM	0	0
0			0	1	1	0	1		1	0	0	1	1	
3	2	3	3	0	0	5		2	0	3	2	0	0	3
1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
PREC	0	0	0	0	0	DCP	0	IGN	0	0	DCP	0	0	0
24	8	38	38	9	36	32	27	20	6	8	6	12	0	18
20	8	35	35	8	35	30	20	20	8	8	8	10	0	10
7	10	1	1	10	1	6	8	6	12	12	14	10	0	10
1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0
70	75	0	67	55	57	70	61	70	77	86	67	74	69	74
160	155	0	152	151	147	142	157	150	160	160	144	153	158	160
160	150	0	150	150	147	140	150	150	160	160	140	150	150	160
1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
112	12	0	9	12	12	12	10	11	12	10	10	12	12	12
86	86	0	80	80	80	80	80	78	80	80	80	96	80	88
0	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1		0							0					
1	1	0	1		1		1	1	1	0	1	1	1	
		0		1		1			0	1			0	1
1	0	0	1	0	1		0	1	0	1	1	1	0	0
3	0	0	1	0	1	1	0	2	0	6	1	6	0	0
CP		0	TBP	0	IGN	CP	0	PELV	0	A-PP	CP	DM	0	0
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2
1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
CP		0	IGN	0	0	DCP	0	PELV	SFA	TRV	DCP	IGN	PREC	DCP
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	1	0	0	1	2	1	0	0	2	2	1	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	89	89	89	89	78	89	89	89	89	89	89	89	88	78
2650	3150	3500	3425	3960	2500	4250	2850	3250	2950	3275	3000	4100	2400	2975
49	49	49	51	49	49	50	49	49	50	49	51	49	46	49
0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0
39	37	40	39	40	39	40	36	38	41	38	38	38	40	38

142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156
3	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	2	3	5	2
1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	32	27	23	16	34	22	35	19	22	18	31	19	39	30
20	30	20	20	15	30	20	35	15	20	15	30	15	35	30
	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0		0	0
1	0		0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	2			0	0	0	1	1	0	1		0
0	2	2	0	2	2	3	3	2	0	0	2	0	6	4
0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
0	SFA	DCP	0	DCP	0	0	CP	0	0	0	0	0	SFA	IGN
33	35	29	25	37	28	23	21	32	41	10	27	26	18	20
30	35	20	20	35	20	20	20	30	35	10	20	20	10	20
4	2	4	4	1	3	8	6	4		8	6	4	7	6
0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	2
70	72	69	60	64	58	70	71	65	65	63	58	65	64	58
153	150	160	156	144	144	152	140	148	148	150	135	156	156	135
150	150	160	150	140	140	150	140	140	140	150	130	150	150	130
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	11	10	11	10	12	11	12	11	11	12	12	13	12	11
80	87	95	80	81	76	82	77	70	80	80	80	80	80	80
1	1		1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1
		2				0					0			0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0
0	1	2	1	1	1	2	2	0	1	0	3		3	0
0	C.P	CP	TRV	TBP	SFA	AR	CP	0	S-TP	0	IVU	IVU	AÑOS	0
0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	8	7	0	0	0
2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1
0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1
0	DCP	DCP	0	DCP	SFA	SFA	CP	0	PREC	0	RPM	0	SFA	RPM
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
4175	3950	3500	3450	3150	3300	2725	3200	2850	3650	2550	2700	3070	4050	2900
51	52	49	48	47	51	49	50	50	47	49	49	50	48	48
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
40	39	39	40	40	39	38	39	37	41	39	40	38	37	40

171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185
1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	3	1	2
1	3	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1
1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2
1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1
25	32	32	29	29	18	28	17	32	21	18	18	36	30	31
20	30	30	29	20	15	20	15	30	20	15	0	35	30	30
0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0
3	2	2	2	2	2	2	0	3	0	0	2	0	3	2
0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	IGN	0	0	DCP	0	0	0	0	0	PREC
24	26	26	37	37	15	30	12	13	30	22	20	17	34	34
20	20	20	35	35	10	30	10	10	30	20	20	10	30	
6	5	6	1	4	10	2	7	13	4	7	8	10	3	30
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6
53	77	54	71	72	62	59	55	63	52	56	64	69	62	67
146	162	156	152	150	148	158	148	141	153	150	150	154	151	154
140	160	150	150	150	140	150	140	140	150	150	150	150	150	150
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	9	9	10	10	12	0	12	12	11	11	11	12	13	12
86	90	94	74	74	86	0	78	86	80	76	88	88	81	88
0		1	1	1	1	0	1	1	1	1	1		1	
1	0	0		0		0						2	0	
1	1	1	1	1		0	1	1	1	1	1	1	1	1
		0			1	0								
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
2	6	3	1	1	1	1	2	3	4	1	0	2	1	1
P.PREV	INFER	INFER	DCP	OLIG	CCP	IGN	EDAD	CP	SF	A.R		0 PELV	PREC	CP
0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	7	7	0	0	8	0	0	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1
0	DCP	DCP	SFA	SFA	SFA		0	DCP	DCP	DCP		0	0 PELV	PREC SFA
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	1	1	1	1	1	2	0	1	1	0	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	78	78	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
3550	5000	5000	3850	3850	3300	2670	3610	2700	3225	2800	3110	3625	3500	2900
51	54	54	49	49	48	50	50	48	52	50	48	51	48	49
0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0
37	40	40	39	39	39	40	40	39	40	40	40	40	40	40

2
FO.

	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198
	2	1	1	1	3	2	1	1	3	3	3	1	3
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1
	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
	23	25	30	22	20	18	28	30	22	23	25	35	21
	20	20	30	20	20	15	20	30	20	20	20	30	20
	0	0		0	0	1		0		0	0 0	1	
	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1
	2	2	3	0	0	0	2	3	0	2	0	3	0
	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
CIR-CR TRV			0	0	0	0 SFA		0	0 SFA		0 DCP		0
	18	14	9	28	15	32	7	20	18	12	9	9	32
	10	10	8	20	10	30	6	20	10	10	8	9	30
	6	4	5	5	10	3	4	2	6	2	11	9	4
	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	71	78	56	76	68	55	65	57	96	67	46	77	52
	150	143	144	154	152	142	150	149	160	158	150	140	148
	150	140	140	150	150	140	150	140	160	150	150	140	140
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	10	12	11	11	10	11	12	12	12	8	12	12	12
	80	91	106	72	80	76	78	90	80	78	80	80	72
	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1
				1						0			
	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1
	0		0		0	1	0		0			0	0
	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1
	2	3	0	1	1	3	0	9	0	10	0	1	1
CP	CP		0 SF	PELV	AR		P-PREM		0 PL-PREV		0 CP	DCP	
	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
	0	0	9	0	0	0	5	0	0	0	9	5	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2
	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
CP	PELV		0	0 PELV		0	0	0	0 PL-PREV		0 RPM		0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	2	1	1	1	1	0	1	2	2	0	2	1
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
	3600	3875	3450	3500	3200	3050	2500	3350	3375	3250	2575	3200	3325
	48	50	50	50	52	49	48	48	48	53	48	50	50
	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0
	39	38	40	40	40	40	39	39	38	37	37	40	40

199	200						FOLIO		
1	2	71	400				ESC		
1	1	173	214	4			RELIG		
2	1	100	200				NV. SEC		
1	1	179					OCUP.		
30	20						EDAD	4873	prom 24.3
30	20	510	282				RANGO		
0	0	62					AHF-HAS		
0	0	63					AHF-DM		
0	0						APP		
0	1	75	37%				GASTA 1		
3	0	136	328				GESTA+1		
0	0	71					CES. AT.		
0	0						DX		
0	22	3536	4276				CPN-SDG	1tri. 53/26%	2tri.70/35%
0	20	1837	3652				RANGO		
0	7						N.CITAS		
0	0						A - A/PP		
63	56						PESO		
152	144						TALLA		
150	140	0					RANGO		
1	1						T /A		
13	12						HB		
80	78						GLUC		
1	1	178					GPO.RH		
0	0	10					RH: A/B		
1	1	156					EGO		
0	0	40					EGO-IVU		
0	1	121					GIN.-SDG		
0	1	49	0				N.CITAS		
0	PREC						MOTIVO		
0	0	44					EMI		
0	0	1					N.CITAS		
2	2	124	62%DE A-R	152	76 DE-BR- 38%		RGO.OBT.		
0	1	121	CES--60%				CESAR.		
0	S/TP						DX		
0	0	1					COMP.		
2	1	92	128	3			MPF		
0	0						CMP.-RN		
89	89	16198	237				APGAR		
3500	2625	156175	463196	587501	56650		PESO		
48	48	5003	4909				TALLA		
0	1	109					SEXO-M		
40	42	35	7782	6976	4012		SDG		
		288	518	1482	1482			3600	328

3tri.67/33% 0: 10/5%