



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

43
201

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL ABC
THE AMERICAN BRITISH COWDRAY HOSPITAL



Morbimortalidad Materno Infantil en la
Operación Cesárea en el Hospital Ingles
REVISION DE 553 CASOS



T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
Dr. Hugo Ignacio Escárcega Pérez

Coordinador: DR. ALBERTO KABLY AMBE

MEXICO, D. F.

1992



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.

INDICE :

TITULO	1
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	2
OBJETIVO	16
METODO	17
RESULTADOS	19
CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFIA	34

MORBIMORTALIDAD MATERNO INFANTIL EN LA
OPERACION CESAREA EN EL HOSPITAL INGLES
REVISION DE 553 CASOS

COORDINADOR: DR. ALBERTO KABLY AMBE.

INTRODUCCION:

EN LOS ULTIMOS TRES DECENIOS LA FRECUENCIA DE CESAREAS HA AUMENTADO A PESAR DE INTERVENCIONES DE LA COMUNIDAD PROFESIONAL Y CIENTIFICA INICIADAS EN 1980. LA TASA AUMENTO DE 4.5 POR CIENTO NACIDOS EN 1965 A 16.5 POR CIENTO NACIDOS EN 1980 EN LA UNION AMERICANA, CUANDO LOS NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CELEBRARON SU CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE ON CESAREAN CHILDBIRTH. RECOMENDANDOSE EN ESTAS DIVERSOS METODOS PARA FRENAR ESTE AUMENTO, INCLUYENDO UNA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN MUJERES CON CESAREA PREVIA. PUBLICANDOSE ESTAS SUGERENCIAS EN EL AM. J. OBSTET. GYNECOL. Y OBSTET. GYNECOL. EN 1981.

CONTINUANDOSE EL AUMENTO A PESAR DE LAS RECOMENDACIONES, LLEGANDO A UNA TASA DE 21.1 EN 1984, CONDICIONANDO DECLARACIONES DE LA ENTONCES PRESIDENTA DEL COLEGIO AMERICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, DRA. LUELIA KLEIN, QUIEN MANIFESTO: " EL MIEDO A LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL POR RUPTURA UTERINA EN LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO, NO SE JUSTIFICA SEGUN DATOS ESTADISTICOS ACTUALES. HASTA DONDE SE SABE, NINGUNA MADRE HA MUERTO POR UNA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN AÑOS RECIENTES INDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO DE CICATRIZ UTERINA"

A PESAR DE ESTOS ANTECEDENTES LA TASA DE CESAREAS AUMENTO EN 1985 A UN 24.1% NACIMIENTOS RESPECTIVAMENTE. CON ESTOS

ANTECEDENTES SE HA OBSERVADO EL MISMO INCREMENTO EN EL PORCENTAJE DE REALIZACION DE CESAREAS EN ESTE HOSPITAL, SIENDO ESTE DEL 45.14% PARA EL AÑO DE 1989. POR LO ANTERIOR PARECE CONVENIENTE ANALIZAR LAS CONDICIONES Y/O DIAGNOSTICOS QUE HAN INFLUENCIADO DICHO INCREMENTO, REVISANDO LOS DIAGNOSTICOS ANOTADOS Y LAS VARIANTES QUE SE PRESENTARON EN CADA UNO DE LOS CASOS.

ANTECEDENTES:

EL AUMENTO EN LAS TASAS DE CESAREAS SE HA MANTENIDO EN FORMA CONTINUA HASTA PRESENTAR UNA CIFRA DE 24.1 % NACIMIENTOS EN LA UNION AMERICANAS, SIENDO ESTE MAS EVIDENTE EN MUJERES JOVENES. ACTUALMENTE CASI EL 20% DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y AQUELLAS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE SU TERCER DECENIO DE VIDA TIENEN A SUS HIJOS POR VIA ABDOMINAL. INCREMENTANDO ESTO LA FRECUENCIA DE LAS CESAREAS POR AQUEL DOGMA MEDICO EXPRESADO EN 1914 SEGUN EL CUAL "DESPUES DE CESAREA, SIEMPRE CESAREA"; HABIENDO SOLO 29,000 PARTOS VAGINALES DESPUES DE CESAREA EN 1986, COMPARADOS CON 310,000 CESAREAS DE REPETICION. LOS PARTOS VAGINALES POSTCESAREA REPRESENTARON UN PEQUEÑO PORCENTAJE EQUIVALENTE AL 0.8% DE TODOS LOS NACIMIENTOS, EN CONTRASTE CON EL 8.3% DE CESAREAS DE REPETICION. UN ANALISIS DE ESTE FENOMENO REVELO QUE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE 1980 A 1985 SI SE HUBIESEN SEGUIDO LAS PAUTAS DEL COLEGIO AMERICANO MAS DE 500,000 DEL 1.4 MILLONES DE CESAREAS DE REPETICION HUBIERAN PODIDO SER PARTOS VAGINALES DISMINUYENDO ASI COSTOS Y TIEMPO DE HOSPITALIZACION.

LAS COMPLICACIONES MEDICAS DEL EMBARAZO O PARTO AUMENTARON ESPECTACULARMENTE DE 1980 A 1986, FENOMENO OBSERVADO EN ESTUDIOS SIMILARES DE CESAREAS SEGUN DATOS DE 1970 A 1978 Y DE 1972 A 1980 POR EL NATIONAL HOSPITAL DISCHARGE SURVEY Y NATIONAL NATALITY SURVEY RESPECTIVAMENTE.

EN 1986 CASI EL 66% DE TODOS LOS PARTOS TUVIERON COMPLICACIONES EN COMPARACION CON EL 50% DE LOS PARTOS EN 1980. DE TODAS LAS CESAREAS PRIMARIAS, 60% TENIAN RELACION CON DOS O MAS COMPLICACIONES EN 1986, EN COMPARACION UN 40% EN 1980. EL DIAGNOSTICO CON MENORES COMPLICACIONES EN 1986 ES LA CESAREA PREVIA CON UN 62.4% SIN COMPLICACIONES, LO QUE INDICA QUE EL MOTIVO PARA UNA NUEVA CESAREA ES EL ANTECEDENTE DE UNA CESAREA PREVIA.

EN LAS ULTIMAS DOS DECADAS MAS MUJERES EN LA UNION AMERICANA DECIDIERON SER ESTERILIZADAS EN EL MOMENTO DEL PARTO. EN 1970 SOLO 4 DE CADA 100 MUJERES QUE PARIAN EN UN HOSPITAL FUERON SUJETAS A ESTERILIZACION POSTPARTO, COMPARADA CON EL 9.1% DE 1986, SIENDO ESTAS EN SU GRAN MAYORIA POR MEDIO DE LIGADURA TUBARIA BILATERAL CON SOLO 1% EN LA FORMA DE HISTERECTOMIA. ASI MISMO NATIONAL NATALITY SURVEY DE 1980 MOSTRO QUE EL 94% DE LAS ESTERILIZACIONES POR PARTO ERAN CON FINES ANTICONCEPTIVOS Y SOLO EL 6% POR RAZONES MEDICAS.

CON LOS ANTECEDENTES ANTERIORES SE HACE EVIDENTE QUE CADA VEZ SE REGISTRAN MAS COMPLICACIONES EN LOS EXPEDIENTES MEDICOS DE LAS MADRES (CESAREA PREVIA, PRESENTACION PELVICA, DISTOCIA, SUFRIMIENTO FETAL, ETC.). TAL VEZ LA UTILIZACION DE MONITORES CARDIOTOCOGRAFICOS CADA VEZ MAS AMPLIA, Y FAVOREZCA EL DIAGNOSTICO TEMPRANO DE COMPLICACIONES, OTRO DE LOS ARGUMENTOS QUE SE EVOCAN ES LA PRACTICA DE UNA MEDICINA DEFENSIVA ANTE EL INCREMENTO EN DEMANDAS POR MALA PRACTICA.

ES EVIDENTE QUE DE ACUERDO A LA EDAD DE LA MUJER EL HECHO DE QUE TENGA UN PARTO VAGINAL, UNA CESAREA PRIMARIA O UNA CESAREA DE REPETICION SERA UN FACTOR DETERMINANTE PARA LA DECISION DE ESTERILIZACION EN EL MOMENTO DEL PARTO, A PARTIR DE 1970 SE OBSERVO UNA TENDENCIA DE LAS MUJERES A POSPONER DICHA DECISION HASTA LLEGAR AL CUARTO DECENIO DE LA VIDA. COINCIDENTEMENTE LA TASA GLOBAL DE CESAREAS AUMENTO DE 5.5%

POR CADA CIEN PARTOS A 24.1% EN 1986. LAS MUJERES DE MAYOR EDAD TIENEN MUCHO MAYOR RIESGO DE CESAREA, CUYA TASA LLEGA HASTA 32.6% EN MUJERES DE MAS DE 35 AÑOS EL AUMENTO DE LA ESTERILIZACION POSTPARTO TIENE ENTONCES UNA RELACION CON EL AUMENTO SIMULTANEO DE CESAREAS Y EN LA PROPORCION DE NACIMIENTOS DE MUJERES MAYORES.

EL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA SIGUE SIENDO POCO FRECUENTE EN LA UNION AMERICANA, A PESAR DE LAS RECOMENDACIONES DEL AMERICAN COLLEGE EN EL SENTIDO OPUESTO. DADO QUE 62.4% DE LAS MUJERES CON CESAREAS PREVIAS EN 1986 NO TUVIERON COMPLICACIONES ANOTADAS EN SU EXPEDIENTE MEDICO, PARECE QUE CASI TODAS ERAN POR LO MENOS APTAS PARA UNA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO. SHIONO Y COLABORADORES DEMOSTRARON QUE SOLO 8% DE LOS HOSPITALES OFRECIAN DICHA PRUEBA PERO LA TASA DE EXITO PARA EL PARTO VAGINAL FUE DEL 51% DEMOSTRANDO QUE LAS TASAS DE PARTO VAGINAL SON BAJAS NO POR FRACASO DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO, SINO EN LA MAYORIA DE LOS CASOS POR OMISION DE LA MISMA. A PESAR DE LOS MULTIPLES ESTUDIOS REALIZADOS EN LA UNION AMERICANA CON RESULTADOS DE 40 A 80% DE PARTOS VAGINALES EN CESAREAS PREVIAS CON SEGURIDAD. CONFIRMANDOSE LOS PORCENTAJES ANTERIONES CON ESTUDIOS REALIZADOS EN HUNGRIA, ESCOCIA, BAVARIA Y NORUEGA CON UN 32, 39, 41 Y 43%.

OTRA CAUSA PROBABLE PARA LA DISMINUCION DEL PARTO VAGINAL POSTERIOR A UNA CESAREA PUEDE SER EL RECHAZO DE LA PACIENTE AL MISMO, POR EL TEMOR A UNA RUPTURA UTERINA, DESEANDO ASI MISMO PROGRAMAR EL PARTO PARA LOS CUIDADOS DEL NIÑO O NECESIDADES LABORALES, ASI MISMO EL ARGUMENTO DEL RECHAZO POR FALTA DE APOYO POR PARTE DE UN COMPANERO O EL TEMOR INFUNDADO AL DOLOR.

EL PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA PREVIA IMPLICA UNA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA PROMEDIO DE 2.6 DIAS, MUCHO MENOR DE LA DE 4.7 DIAS DE LA CESAREA. PUDIENDO EVITARSE

2.1 DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA POR CADA PARTO VAGINAL, ASI MISMO EVITANDO EL RIESGO Y COSTOS DE UNA INTERVENCION QUIRURGICA. SIENDO ESTO UN BENEFICIO ECONOMICO PARA LA PACIENTE Y PODRIA CONTRARRESTAR EL RIESGO FRECUENTE DE DEMANDAS POR ATENCION MEDICA DEFICIENTE, SIENDO ESTAS AUN POCO FRECUENTES EN NUESTRO MEDIO.

LA BIBLIOGRAFIA OBSTETRICA ABUNDA AHORA EN REFERENCIAS A LA SEGURIDAD DEL PARTO VAGINAL CUANDO EXISTE ANTECEDENTES DE CESAREA PREVIA, REALIZANDOSE CAMPAÑAS DE DIFUSION PARA TRATAR DE INFORMAR A LA PACIENTE DE ESTOS Y EVITAR ASI LA CESAREA. LA PREOCUPACION PUBLICA COMBINADA CON UN AUMENTO DE ATENCION POR PARTE DE MEDICOS, ASEGURADORES Y ABOGADOS EN CUANTO A LAS INDICACIONES DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO Y A LA SEGURIDAD DE UN PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA PUEDEN SER CLAVES PARA LOGRAR MAYORES TASAS EN EL FUTURO.

SIN EMBARGO, SE SUGIERE QUE LAS TASAS DE CESAREAS EN LA UNION AMERICANA PODRIA LLEGAR A 28.8 EN EL AÑO DE 1990 Y A 40.3 EN EL AÑO 2,000 SI CONTINUAN LAS TENDENCIAS LINEALES DE AUMENTOS DE 1970 A 1984, EN CUANTO A LA TASA DE NACIMIENTOS VAGINALES ESPECIFICAS PARA LA EDAD. EL RITMO DE AUMENTO DE 1985 Y 1986 GUARDA RELACION CON ESTOS FACTORES EN RELACION A LA MORBIMORTALIDAD MATERNOFETAL CABE DESTACAR QUE LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS PRIMEROS REPORTES ALCANZABA TASAS HASTA DEL 75%. EN TANTO QUE EL PROGRESO EN LAS TECNICAS DE ANTISEPSIA, ANESTESIA Y TECNICAS QUIRURGICAS LOGRARON REDUCIR DICHAS CIFRAS A TAN SOLO EL 5.5% A PRINCIPIOS DE SIGLO, CON UNA DISMINUCION GRADUAL DEL 0.3% EN LOS ULTIMOS AÑOS DEL DECENIO DE 1950. SIENDO LOS REPORTES DESDE ESA FECHA DE 0-267 MUERTES POR CADA 10,000 OPERACIONES. ES DIFICIL SEPARAR LA MUERTE RELACIONADA CON EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE LOS PROCESOS PATOLOGICOS SUBYACENTES, TAL VEZ 50% DE LAS MUERTES MTERNAS NO SEAN DIRECTAMENTE ATRIBUIBLES A LA OPERACION. EL NUMERO DE MUERTES EN CUALQUIER GRUPO ES PEQUEÑO Y LAS PRINCIPALES CAUSAS SON SEPTISEMIA, EMBOLIA

PULMONAR, COMPLICACIONES ANESTESICAS, HEMORRAGIAS E HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO. ESTAS CAUSAS SON SIMILARES A LAS DE OTROS TIPOS DE CIRUGIA ABDOMINAL Y CON EXEPCION DE LA ANSTESIA A LAS DEL PARTO VAGINAL.

LA MORTALIDAD MATERNA RELACIONADA CON LA CESAREA PARECE SER DE 3 A 6 VECES MAYOR QUE LA DEL PARTO VAGINAL. SIN EMBARGO, PETITTI Y COLABORADORES CONCLUYERON QUE EL RIESGO HABIA AUMENTADO DE 2 A 4 VECES Y EN UNA REVISION RECIENTE SE ENCONTRO UN AUMENTO APENAS DEL DOBLE. EL RIESGO ABSOLUTO POR CESAREA SE CALCULA EN 6 POR CADA 100,000 PROCEDIMIENTOS.

EN RELACION A LA MORBILIDAD MATERNA, LA CESAREA ES UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR Y EXISTEN COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS, AUN TRATANDOSE DE CIRUJANOS EXPERIMENTADOS. LAS COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS OCURREN CON MAYOR FRECUENCIA EN CIRCUNSTANCIAS DE URGENCIA QUE ELECTIVA. ES RARA LA LESTON DE ESTRUCTURAS ADYACENTES INCLUYENDO UTERO, VEJIGA Y/O INTESTINO CON 0.3 Y 0.1% DE COMPLICACIONES POR LACERACIONES VESICALES Y URETERALES RESPECTIVAMENTE.

LAS CESAREAS DE REPETICION CUANDO SE COMPLICAN POR FIBROSIS Y ADHERENCIAS TIENEN RELACION CON MAYOR FRECUENCIA CON TRAUMATISMOS VESICALES. LA INCISION UTERINA PUEDE EXTENDERSE HACIA EL CUELLO, LA VEJIGA O EL LIGAMENTO ANCHO (1.3%). PUDIERAN ROMPERSE LOS VASOS UTERINOS CON LA HEMORRAGIA CONSECUTIVA (0.5%). FINALMENTE PUEDE OCURRIR ATONIA UTERINA IRREVERSIBLE A MANIOBRAS Y/O MEDICAMENTOS.

LAS CESAREAS TAMBIEN AUMENTAN EL RIESGO DE INFECCION, CUYO TIPO MAS FRECUENTE ES LA ENDOMETRITIS QUE SE PRESENTA EN UN 6 A 18% DE LOS PROCEDIMIENTOS; EN TANTO QUE LAS INFECCIONES DE VIAS URINARIAS (1 A 7%); Y LAS INFECCIONES DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS (1.6%). LA PERDIDA SANGUINEA EXCESIVA PUEDE REQUERIR TRANSFUSION. OTRAS COMPLICACIONES

OPERATORIAS INCLUYEN EL ILEO PARALITICO INTENSO, QUE OCURRE HASTA EN 1.0% DE LAS PACIENTES, SI BIEN EXISTEN FORMAS MAS LEVES EL 10 A 20% DE LOS CASOS. TAMBIEN PUEDEN OCURRIR EMBOLIAS PULMONARES (0.1 A 0.2%). ASI COMO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (0.6 A 1.8%).

OCURREN ATELECTASIAS HASTA EN UN 5% DE LAS PACIENTES CUANDO SE UTILIZA ANESTESIA GENERAL. LA FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DIFIERE DE UNA INSTITUCION A OTRA Y CON LA NATURALEZA DEL GRUPO ESTUDIADO, POR LO QUE DEBERIA CONSIDERARSE ESTE FACTOR ANTES DE COMPARAR LOS DATOS AL EVALUAR UN ESTUDIO CON LA PRACTICA INDIVIDUAL Y LOS IMPLEMENTOS CLINICOS.

AUNQUE EXISTE CONTROVERSIAS EN CUANTO A LO QUE REPRESENTAN FACTORES DE RIESGO DE INFECCION POSTOPERATORIA, PARECE HABER UN CONSENSO EN CUANTO A LA ACEPTACION EN CUANTO A LA CESAREA PRIMARIA DESPUES DEL TRABAJO DE PARTO TIENE MAYOR RIESGO DE INFECCION QUE UNA CESAREA REPETIDA, Y QUE LOS ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS DISMINUYEN EN FORMA IMPORTANTE DICHO RIESGO. LA MEJOR PROFILAXIS ES REALIZAR CON CUIDADO TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA, AUNADO A UNA TECNICA QUIRURGICA CUIDADOSA. OTROS FACTORES DE RIESGO DE ENDOMETRITIS PARECE INCLUIR LA DURACION DEL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO, LA DURACION DE RUPTURA DE MEMBRANAS Y LA PRESENCIA DE ANEMIA MATERNA. LOS CIRUJANOS EXPERIMENTADOS SUELEN TENER LAS MENORES TASAS DE COMPLICACIONES. EL TIPO DE ANESTESIA, EL NUMERO DE EXPLORACIONES VAGINALES Y LA UTILIZACION DE TRANSDUCTORES INTERNOS PARA REGISTROS CARDIOTOCOGRAFICOS NO TIENEN UNA RELACION CLARA CON LA INFECCION POSTOPERATORIA.

EN RELACION A LA MORBIMORTALIDAD EXISTENTE EN RELACION AL FETO A PESAR DE QUE LA CESAREA SE REALIZA PARA DISMINUIR O EVITAR COMPLETAMENTE, ESTA LLEGA A PRESENTARSE. ESTO PUEDE SER POR SITUACIONES ADVERSAS COMO LA EXTRACCION DE UN PRODUCTO PRETERMINO YA SEA DE MANERA INDICADA O ELECTIVA.

LA ANESTESIA Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS TAMBIEN MODIFICAN LA EVOLUCION.

EL SINDROME DE SUPRIMIENTO RESPIRATORIO ES UNA CAUSA FRECUENTE DE MORBIMORTALIDAD NEONATAL , QUE DEPENDE DE LA EDAD GESTACIONAL. ESTA COMPLICACION SUELE DEBERSE A UNA CESAREA ELECTIVA O PROGRAMADA PARA UN MOMENTO INOPORTUNO. TAMBIEN PUEDE PRESENTARSE TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO DESPUES DE LA CESAREA, AUNQUE EXISTE CONTROVERSIA EN CUANTO PUEDE INFLUIR LA CESAREA PARA LA PRESENTACION DE LA MISMA, POR ULTIMO SE EVOCA ASI MISMO LA PRESENCIA DE HIPERTENSION PULMONAR EN RELACION A LA CESAREA REPETIDA ELECTIVA.

SE PIENSA EN LA CESAREA COMO METODO DE PROTECCION DEL TRAUMATISMO OBSTETRICO. AUNQUE PUDIERA MUY BIEN DEBERSE A NIÑOS DEMASIADO GRANDES Y OTROS EXTREMADAMENTE PEQUEÑOS CON PRESENTACION PELVICA, EL PARTO QUIRURGICO NO ES UNA PANACEA: SE HA INFORMADO DE TRAUMATISMO AL FETO EN 0.4% DE LAS CESAREAS. PARA EL GRUPO ESPECIAL DE LA PRESENTACION PELVICA, EL NACIMIENTO POR CESAREA TIENE TASAS SIMILARES DE LESION FETAL DE 0.5 Y 1.5% .

EXISTE MORBIMORTALIDAD FETAL NOTORIA CUANDO SE REQUIERE DE UNA CESAREA POR RUPTURA UTERINA, AQUI SON FRECUENTES EL OBITO FETAL Y LA MUERTE POR ASFIXIA, QUE NO SON RESULTADOS DIRECTOS DE LA CIRUGIA SINO DE UNA COMPLICACION MATERNA. DADO QUE LA PRIMERA PUEDE SALVAR LA VIDA DEL PRODUCTO.

EL SUFRIMIENTO FETAL ES HOY UNA DE LAS INDICACIONES QUIRURGICAS MAS FRECUENTES. EN TALES CIRCUNSTANCIAS, EL INTERVALO ENTRE DECISION Y EL NACIMIENTO DEBERA SER LO MAS BREVE POSIBLE PARA DISMINUIR AL MINIMO EL PELIGRO DEL FETO.

EN UNA REVISION EN LA QUE SE DEFINIO SUFRIMIENTO FETAL COMO LA PRESENCIA DE HEMORRAGIA ANTEPARTO, LA BRADICARDIA

PERSISTENTE O ARRITMIA FETAL, INCLUYENDO PROLAPSOS DEL CORDON, LA TASA DE MORTALIDAD FETAL SE DUPLICABA SI EL MOMENTO ENTRE EL DIAGNOSTICO Y LA RESOLUCION QUIRURGICA AUMENTABA DE 15 A 30 MINUTOS. OTRAS REVISIONES RECALCARON LA IMPORTANCIA DE UNA REVISION EXPEDITA POR PROLAPSOS DE CORDON, EN PRESENCIA DE UNA FRECUENCIA CARDIACA FETAL ANORMAL. EL SUFRIMIENTO FETAL SUELE EVALUARSE HOY A PARTIR DEL TRAZO DE LA FRECUENCIA CARDIACA. SERIA PRUDENTE PODER INTERVENIR EN UN LAPSO NO MAYOR DE TREINTA MINUTOS EN CASO DE EVIDENCIAR ANORMALIDADES.

PUEDE HABER RIESGO FETAL INCLUSO DURANTE LA CESAREA REPETIDA ELECTIVA A TERMINO, SE ENCONTRO UNA MENOR INCIDENCIA DE CALIFICACION DE APGAR BAJOS EN NIÑOS NACIDOS POR VIA VAGINAL QUE EN AQUELLOS NACIDOS POR VIA ABDOMINAL, UNA DIFERENCIA ATRIBUIDA A LA ADMINISTRACION DE ANESTESIA GENERAL. EN OTROS REPORTES SE HACE EVIDENTE QUE EL 60% DE LAS MUERTES NEONATALES ERAN CONSECUENCIA DE PREMATUREZ IATROGENA.

SE EVOCAN ALGUNOS MECANISMOS PARA LA PREVENCION DE LA PREMATUREZ IATROGENA COMO SON:

- CALCULO PRECISO Y TEMPRANO POR METODOS CLINICOS CONFIABLES DE LA EDAD DE GESTACION Y CONFIRMADOS POR UN ESTUDIO DE ULTRASONIDO EN EL SEGUNDO TRIMESTRE Y NACIMIENTOS DE 7 A 10 DIAS ANTES DE LA FECHA PROBABLE DEL PARTO.

- PERMITIR EL PRINCIPIO DEL TRABAJO DE PARTO EN FORMA ESPONTANEA.

- AMNIOCENTESIS CON ESTUDIO DE LA MADUREZ PULMONAR O FETAL EN EL LIQUIDO AMNIOTICO.

- VALORACION DE LA MADUREZ FETAL EN ETAPAS AVANZADAS DEL EMBARAZO.

LOS PUNTOS DE REFERENCIA CLINICOS QUE PUEDEN UTILIZARSE PARA IDENTIFICAR UN FETO MADURO SON CINCO PUNTOS (RECOMENDADOS POR TOFEE Y COLABORADORES):

- UNA FECHA CONFIABLE DE LA ULTIMA MENSTRUACION .
- EXPLORACION BIMANUAL ANTES DE LAS QUINCE SEMANAS .
- PERCEPCION DE RUIDOS CARDIACOS POR ULTRASONOGRAFIA ENTRE LAS QUINCE Y VEINTE SEMANAS .
- AUMENTO ADECUADO DEL FONDO UTERINO .
- MEDICION DEL DIAMETRO BIPARIETAL POR ULTRASONOGRAFIA A LAS 28 SEMANAS.

NINGUNO DE LOS 128 NEONATOS QUE CUMPLIERON CON LOS REQUISITOS MENCIONADOS, NACIDOS SIETE DIAS ANTES DE LA FECHA PROBABLE DEL PARTO, PRESENTARON SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO. SIN EMBARGO 40% DE LOS PACIENTES DE QUE SE INFORMO QUE NO CUMPLIERON LOS CRITERIOS Y OTRO 9% VIO INTERRUMPIDO EL EMBARZO ANTES DE LA FECHA PREVISTA.

UTILIZANDO CRITERIOS SIMILARES, ES DECIR EL CALCULO DE LA DIMENSION UTERINA ANTES DE LAS 15-16 SEMANAS, DE UN CRECIMIENTO UTERINO ADECUADO, DE PARAMETROS OBSTETRICO DEL MOVIMIENTO FETAL Y RUIDOS CARDIACOS RELACIONADOS CON LA EDAD GESTACIONAL, ULTRASONIDO A LAS 18 - 24 SEMANAS DE EMBARZO Y PARTOS AL TERMINO DE LAS 38 SEMANAS, OCURRIO SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO EN SOLO 0.13% DE MAS DE 1,400 PACIENTES.

LA APLICACION DE ESTE PLAN DE TRATAMIENTOS REQUIERE QUE LA FECHA DE PROBABLE DE PARTO SE CONFIRME POR LOS DATOS DEL ULTRASONIDO, PUESTO QUE SON SUPERIORES A LA FECHA PROBABLE DE PARTO CALCULADO SOLO POR EL ANTECEDENTE MENSTRUAL. ES

DEPLORABLE EL CAMBIO ARBITRARIO DE LA FECHA PROBABLE DEL PARTO DE UN ESTUDIO AL SIGUIENTE O SU REAJUSTE A PESAR DE DATOS PRECISOS.

SE PUEDE ESPERAR EL TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO EN PACIENTES CON INCISION TRANSVERSA BAJA PREVIA (SEGMENTARIA), PUES DE ESTA FORMA SE PUEDE EVITAR LA PREMATUREZ IATROGENA, SI BIEN ESTA TIENE ALGUNA DESVENTAJA. LA CESAREA ELECTIVA PERMITE A OBSTETRAS Y PEDIATRAS APROVECHAR MEJOR SU TIEMPO Y TIENE RELACION CON MENORES TASAS DE COMPLICACIONES TRANSOPERATRIAS Y POSTOPERATORIAS. TAMBIEN PERMITE QUE SE DISPONGA DE MEJOR PERSONAL EN EL QUIROFANO, LABORATORIO Y SERVICIOS DE ENFERMERIA. ES BAJO EL RIESGO DE RUPTURA UTERINA POR UNA CICATRIZ PREVIA DE CESAREA Y AUNQUE NO EXISTE UNA FORMA DE PRECISAR LA RESISTENCIA DE DICHA CICATRIZ ANTES DEL TRABAJO DE PARTO, SU DEHISENCIA NO ES MAS FRECUENTE EN PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO QUE EN AQUELLAS QUE NO LO PRESENTARON . POR LO ANTERIOR, ESPERAR EL TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO ES UNA MEDIDA SEGURA, EFICAZ Y ECONOMICA.

POR EL CONTRARIO, UNA PACIENTE CON INCISIONES UTERINAS VERTICALES QUE AFECTARON EXTENSAMENTE EL MIOMETRIO, EL TRABAJO DE PARTO SE RELACIONA CON MAYOR RIESGO DE RUPTURA UTERINA SINTOMATICA CON UNA MORBIMORTALIDAD ALTA PARA LA MADRE Y EL FETO. EN ESTAS PACIENTES ES ACONSEJABLE LA CESAREA ELECTIVA.

EL ANALISIS DEL LIQUIDO AMNIOTICO PROPORCTONA INFORMACION UTIL PARA LA PREDICCION DEL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. EN 1971 GLUCK Y COLABORADORES INFORMARON DE LA IMPORTANCIA PRONOSTICA DE LA RELACION LECITINA-ESFINGOMIELINA EN EL LIQUIDO AMNIOTICO. UNA CIFRA DE MADUREZ, QUE SOLIA SER 2:1 O MAYOR, DIFERENCIAS DE ACUERDO A LA TECNICA DE LABORATORIO EMPLEADA.

SI BIEN SE HAN EXPRESADO PREOCUPACIONES EN CUANTO A LA VALIDEZ DE LA RELACION LECITINA-ESFINGOMIELINA EN MADRES DIABETICAS O SENSIBILIZADAS A FACTOR Rh, ESTUDIO SUBSIGUIENTES DEMUESTRAN QUE LA RELACION ES CONFIABLE EN AMBAS CIRCUNSTANCIAS. HASTA 2.5% DE LOS RECIEN NACIDOS CON UNA RAZON LECITINA-ESFINGOMIELINA DE MADUREZ PRESENTAN EL SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO, AUNQUE SE ACEPTA EN GENERAL HASTA UN 1% DE RESULTADOS FALSOS POSITIVOS.

EL CONCEPTO DE UN ESQUEMA DE ESTUDIOS PULMONARES MAS AMPLIO PARA INCLUIR JUNTO CON LA RAZON LECITINA-ESFINGOMIELINA, EL PORCENTAJE DE LECITINA PRECIPITABLE, FOSFATIDILINOSITOL Y FOSFATIDILGLICEROL. LA PRESENCIA DE AL MENOS 3% DE FOSFATIDILGLICEROL ASEGURA LA MADUREZ PULMONAR, SI BIEN OTROS AUTORES INFORMAN DE HASTA 0.5% DE PREDICION DE LA NO PRESENTACION DEL SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO. EL RESULTADO DEL FOSFATIDILGLICEROL TIENE FALSOS POSITIVOS DE CASI 1%; ES DECIR, OCURRE SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO A PESAR DE UN RESULTADO QUE INDIQUE MADUREZ PULMONAR. ALGUNOS OTROS AUTORES CONSIDERAN QUE CIFRAS DE MADUREZ EN LOS ESTUDIOS DE LECITINA-ESFINGOMIELINA Y FOSFATIDILGLICEROL JUNTOS DISMINUYEN LA POSIBILIDAD DE SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO, PERO OTROS NO ENCONTRARON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LA EVOLUCION.

SI CUALQUIERA DE LAS PRUEBAS MENCIONADAS ES POSITIVA, LA POSIBILIDAD DEL SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO ES ACEPTABLEMENTE BAJA. LA PRESENCIA DE CANTIDADES ADECUADAS DE FOSFATIDILGLICEROL PREDICE ADEMAS UN MENOR RIESGO DE TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, NEUMOTORAX SINTOMATICO Y PERSISTENCIA DE LA CIRCULACION FETAL.

SE HAN DISEÑADO OTRAS PRUEBAS PARA EVALUAR LA MADUREZ PULMONAR QUE INCLUYEN MEDICIONES DE LAS PROPIEDADES DEL SURFACTANTE Y TURBIEDAD DEL LIQUIDO AMNIOTICO. LA PRUEBA DE AGITACION Y SU VARIANTE, EL INDICE DE ESTABILIDAD DE LA

ESPUMA SE IDEARON PARA LA VALORACION RAPIDA DEL EDO. PULMONAR. ES MUY CONFIABLE UNA PRUEBA DE AGITACION POSITIVA, PERO LAS NEGATIVAS SUELEN RELACIONARSE CON EL SINDROME DE SUFRIMIENTO NO RESPIRATORIO. LOS PROBLEMAS EN MADRES DIABETICAS Y POR CONTAMINACION CON SANGRE O MECOMIO LIMITAN AUN MAS LA VALORACION DE ESTA PRUEBA.

SE DESCRIBIO EL ANALISIS DE LA TURBIEDAD DEL LIQUIDO AMNIOTICO. UNA DENSIDAD OPTIMA ES DE 650nm MAYOR DE 0.15 Y SE CORRELACIONA CON UNA RAZON DE LECITINA ESFINGOMIELINA MAYOR DE 2.0. LA VENTAJA DE ESTA PRUEBA ES LA RAPIDEZ.

SIN EMBARGO TANTO EL ESTUDIO INMUNITARIO COMO LA PRUEBA DE AGITACION SON RAPIDAS Y CONFIABLES Y CONVIERTEN LA MEDICION DE FOSFATIDILGLICEROL EN EL ESTUDIO ESTANDAR.

SE HAN UTILIZADO OTRAS PRUEBAS SIN SURFACTANTES PARA VALORAR LA MADURACION DEL FETO. UNA CIFRA DE CREATININA EN EL LIQUIDO AMNIOTICO MAYOR DE 2.0mg /dl SUELEN INDICAR MADUREZ FETAL. LA PRESENCIA DEL MAS DEL 30% DE CONTENIDO LIPIDO ANARANJADO TEÑIDAS CON SULFATO DE AZUL DEL NILO, INDICA QUE EL FETO TIENE MAS DE 36 SEMANAS. SIN EMBARGO AUNQUE AMBAS PRUEBAS HABLAN DE MADUREZ FETAL, NINGUNA VALORA CLARAMENTE LA FUNCION PULMONAR POR LO QUE SON CLARAMENTE MENOS CONFIABLES.

PARA EL ESTUDIO DEL LIQUIDO AMNIOTICO YA SEA EN BUSCA DE FOSFOLIPIDOS O EN CUANTO A TURBIDEZ U OTROS PARAMETROS ES OBVIO QUE SE REQUIERE REALIZAR AMNIOCENTESIS, QUE PUDIERAN PRODUCIR COMPLICACIONES FETALES. SE SEÑALO HEMORRAGIA FETAL HASTA EN UN 5% DE LOS CASOS CON AMNIOCENTESIS, PERO SUELE SER DE MUCHO MENOR FRECUENCIA (1 A 2%), UTILIZANDO EL ULTRASONIDO ANTES DEL PROCEDIMIENTO, SIN QUE FORSOZAMENTE MUESTRE DISMINUCION LA FRECUENCIA DE ESTAS HEMORRAGIAS (PUNCION ROJA). AUNQUE CASI TODOS LOS AUTORES CREEN QUE LAS COMPLICACIONES GLOBALES DISMINUYEN PARA EL PRODUCTO. LA

EJECUCION DE LA AMNIOCENTESIS BAJO OBSERVACIONES ULTRASONOGRAFICAS DIRECTAS PUEDE DISMINUIR LA FRECUENCIA DE PUNCIONES ROJAS. SE HAN INFORMADO DE MUERTES FETALES HASTA EL UN 1% DE LOS CASOS SI BIEN EN CASI TODOS LOS GRUPOS DE LAS TASAS ESTA ES LA MENOR.

ESTAS COMPLICACIONES PUEDEN PRESENTARSE INCLUSO CUANDO LA PUNCION OBTUVO EL LIQUIDO CLARO. ES RARA LA RUPTURA DE MEMBRANAS Y EL TRABAJO DE PARTO OTRAS COMPLICACIONES INCLUYEN LESIONES FETALES, AMNIOITIS O HEMORRAGIA MATERNA CON FORMACION DE HEMATOMAS RETROPLACENTARIOS. PREOCUPACIONES ADICIONALES SON EL COSTO DE ULTRASONIDO Y DE LOS ANALISIS DE LABORATORIO Y LOS HONORARIOS POR EL PROCEDIMIENTO.

EL LIQUIDO AMNIOTICO TEÑIDO CON SANGRE CUANDO SE OBTIENE EN EL EMBARAZO AVANZADO, DEBERA SER ESTUDIADO EN CUANTO A LA PRESENCIA DE ERITROCITOS FETALES Y SI SE ENCUENTRA SUMADO A LA PRESENCIA DE UN TRAZO CARDIACO FETAL ANORMAL DEBERA EXTRAERSE DE INMEDIATO EL FETO. PROBABLEMENTE DEBERA REALIZARSE UNA CARDIOTOCOGRAFIA DESPUES DE UNA AMNIOCENTESIS EN ETAPAS AVANZADAS DEL EMBARAZO.

LA VALORACION ULTRASONOGRAFICA DE LA MADUREZ FETAL EN EL EMBARAZO AVANZADO SE HA RECOMENDADO EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS PARA EVITAR LA NECESIDAD DE ESPERAR EL TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO O DE REALIZAR AMNIOCENTESIS EN LAS MUCHAS PACIENTES EN QUIENES SE DECIDE UNA CESAREA REPETIDA, PERO EN QUIENES NO SE CUENTA CON UN PARAMETRO CLINICO PRECISO.

EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO SE IDENTIFICO A 28% DE PACIENTES CON FECHA INEXACTA Y UN 15% ADICIONAL DE QUIENES DESPUES SE ACLARO QUE HABIAN PROPORCIONADO DATOS IMPRECISOS.

LAS MEDIDAS DEL DIAMETRO BIPARIETAL, LA CLASIFICACION PLACENTARIA O UNA COMBINACION DE AMBAS SE HA UTILIZADO PARA PREDECIR LA FALTA DE APARICION DEL SINDROME DE SUFRIMIENTO

RESPIRATORIO EN HIJOS DE PACIENTES NO DIABETICAS. EL DIAMETRO BIPARIETAL DE AL MENOS 9.2 O 9.3 cm TIENE RELACION CON POCO O NINGUN SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO. SE HAN INFORMADO DE QUE UNA PLACENTA GRADO III NO TIENE RELACION CON LA POSTERIOR APARICION DE ESTE SINDROME. FUE MENOS PROMISORIO DEL ESTUDIO ADICIONAL DE LA MADUREZ DE LA PLACENTA CON HASTA UN 4% DE INCIDENCIA DEL SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO CON PLACENTA GRADO III. TODAS LAS PLACENTAS DEL GRADO III TOTALMENTE MADURAS PARECEN NO TENER RELACION CON LAS COMPLICACIONES.

EN ALGUNOS CENTROS HOSPITALARIOS SE UTILIZA EL DIAMETRO BIPARIETAL MAYOR DE 9.2 O UNA PLACENTA DE GRADO III Y TIENEN UN INDICE DE APENAS 0.5% DE SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO, QUE NO ES DIFERENTE DEL QUE SE ESPERARIA EN PRESENCIA DE UNA PRUEBA POSITIVA DE FOSFATIDILGLICEROL.

ESTUDIOS QUE CORRELACIONAN DATOS ULTRASONOGRAFICOS CON LA RAZON LECITINA-ESFINGOMIELINA INDICAN QUE LA SOLA RELACION DEL DIAMETRO BIPARIETAL O EL GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA SE RELACIONAN CON CIFRAS INACEPTABLES DE POSITIVOS FALSOS; AMBAS PRUEBAS PREDICEN MADUREZ PULMONAR, PERO LA RAZON LECITINA-ESFINGOMIELINA ES MENOR DE 2. CON ESTOS DATOS EN MENTE PARECE PRUDENTE RESTRINGIR LOS CRITERIOS ULTRASONOGRAFICOS A PACIENTES CON PLACENTA DE GRADO III Y UN DIAMETRO BIPARIETAL DE AL MENOS 9.2 cm DEBIDO A QUE LA COMBINACION TIENDE A ASEGURAR QUE EL FETO ES COMPLETAMENTE DE TERMINO.

UTILIZANDO ESTE METODO SE REDUCE AL MINIMO EL NUMERO DE PACIENTES QUE REQUIEREN DE AMNIOCENTESIS.

AUN NO HAN DADO RESULTADO LOS ESTUDIOS ENCAMINADOS A DETERMINAR LA ECOGENICIDAD PULMONAR, TEXTURA Y TRANSMISION.

LA COMPRESIBILIDAD PULMONAR VALORADA POR ULTRASONIDO, NO OBSTANTE OFRECE ALGUNAS PROMESAS. ESTE METODO REQUIERE VALORACION Y CONFIRMACION ADICIONAL ANTES DE TENER APLICACION CLINICA.

AUNQUE NINGUN PLAN DE TRATAMIENTO ES APLICABLE A TODOS LOS PACIENTES SE HACE UNA CESAREA DE REPETICION ELECTIVA, CASI EN EL 75% DE ESTAS (50% POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION CONFIRMADA Y 25% POR CRITERIO ULTRASONOGRAFICO AVANZADO), PUEDEN TRATARSE SIN AMNIOCENTESIS NI PRUEBAS DE TRABAJO DE PARTO.

CABE MENCIONAR QUE EL CAMBIO EN RELACION A LA TECNICA ANESTESICA A DISMINUIDO LA FRECUENCIA DE MORBIMORTALIDAD EN EL BINOMIO MATERNO FETAL, SIENDO LA ANESTESIA REGIONAL (BLOQUEO PERIDURAL) LA TECNICA DE ELECCION EN LA GRAN MAYORIA DE LOS EVENTOS QUIRURGICOS OBSTETRICOS, REFLEJANDOSE ESTO EN LA SEGURIDAD Y EXCELENTE RECUPERACION EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO Y MEDIATO.

OBJETIVO:

EL OBJETIVO DE ESTE TRABAJO ES DE QUE EN BASE A LOS ANTECEDENTES YA MENCIONADOS Y EL ANALISIS ESTADISTICO DE TODOS LOS EXPEDIENTES DE LAS PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A CESAREA EN EL TRANCURSO DE UN AÑO, LOGRAR SEÑALAR EL INDICE DE MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL QUE SE PRESENTA EN EL HOSPITAL INGLES, TOMANDO PARA ESTO LA CORRELACION DE LOS DIAGNOSTICOS ANOTADOS, LAS VARIANTES EN CADA UNA DE ESTAS Y EL RESULTADO FINAL EN TERMINOS DE EUTOCIA, CON LA REPERCUSSION INMEDIATA, MEDIATA O TARDIA QUE PUDIERA REPRESENTAR PARA EL BINOMIO UNA COMPLICACION.

METODO:

PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO SE LLEVO A CABO UNA REVISION DE 553 EXPEDIENTES DE UN TOTAL ANUAL DE 1,225, GENERADOS DE PACIENTES OBSTETRICAS CON NACIMIENTO DE UNO O MAS PRODUCTOS VIVOS O NO, SIENDO LOS REVISADOS SOLO LOS GENERADOS POR INTERRUPCION POR VIA ABDOMINAL (CESAREA).

LOS EXPEDIENTES REVISADOS FUERON DEL 1o DE ENERO DE 1989 AL 31 DE DICIEMBRE DEL MISMO AÑO, SEPARANDO SOLO AQUELLOS EN QUE EL EMBARAZO FUE TERMINADO POR VIA ABDOMINAL.

PARA LA EVALUACION SE TOMARON DE CADA EXPEDIENTE LOS SIGUIENTES DATOS:

- A) NUMERO DE EXPEDIENTE
- B) NOMBRE DE LA PACIENTE
- C) EDAD
- D) EDAD GESTACIONAL
- E) NUMERO DE GESTACIONES
- F) DIAGNOSTICO
- G) TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO (SI LO TUVO)
- H) USO DE ANTIBIOTICOS
- I) INFECCIONES
- J) APGAR
- K) PESO DEL PRODUCTO

L) TIPO DE ANESTESIA

M) USO DE FORCEPS

N) PARIDAD SATISFECHA (OTB O HISTERECTOMIA)

Ñ) COMPLICACIONES

EN ESTE TRABAJO SE REALIZO CORRELACION DE NUMERO DE CASOS POR DIAGNOSTICO Y EL PORCENTAJE DE CADA UNO, TOMANDOSE COMO INDICE EL PRIMER DIAGNOSTICO ANOTADO EN EL EXPEDIENTE EN AQUELLOS CASOS EN QUE SE ENUMERABAN MAS DE UNO.

LOS EMBARAZOS MULTIPLES FUERON CONSIDERADOS AQUELLOS CON DOS O MAS PRODUCTOS. LOS EMBARAZOS PRETERMINOS FUERON DEFINIDOS COMO AQUELLOS MAYORES DE 28 SEMANAS PERO MENORES DE 37 SEMANAS DE GESTACION, ASI COMO LOS EMBARAZOS POSTERMINO FUERON DEFINIDOS COMO AQUELLOS MAYORES O IGUALES A 42 SEMANAS DE GESTACION.

LAS CESAREA PREVIAS FUERON CONSIDERADAS EN AQUELLAS PACIENTES EN QUE SE HABIA REALIZADO UNA CESAREA ANTERIOR AL EMBARAZO ACTUAL, INDEPENDIENTE DE SI ESTA FUE INMEDIATA ANTERIOR O SI EXISTIA UN PARTO O ABORTO PREVIO. EL MISMO CRITERIO SE UTILIZO PARA LAS CESAREA ITERATIVAS SIENDO ESTA EN EL CASO DE DOS O MAS CESAREA PREVIAS.

LA DESPROPORCION CEFALOPELVICA FUE POR INDICACION CLINICA Y/O RADIOLOGICA.

EXPULSIVO PROLONGADO SE CONSIDERO A TODOS AQUELLOS PERIODOS EXPULSIVOS MAYORES O IGUALES A DOS HORAS.

LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SE CONSIDERO A TODAS AQUELLAS PACIENTES CON SEIS HORAS DE RUPTURA

INDEPENDIEMENTE DE LA PRESENTACION O NO DE TRABAJO DE PARTO.

RESULTADOS:

SE REALIZO EL AGRUPAMIENTO POR DIAGNOSTICO DE ACUERDO EN EL ORDEN DE APARICION EN EL EXPEDIENTE Y LOS PORCENTAJES DE ACUERDO A SU FRECUENCIA, CONSIDERANDO EN FORMA INDEPENDIENTE AQUELLOS CASOS QUE CONTABAN CON DOS O MAS DIAGNOSTICOS, POR EJEMPLO DCP/CESAREA ITERATIVA, EMBARAZO PRETERMINO/RPM/CESAREA PREVIA, ETC. SIENDO LOS TRES DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EL DE CESAREA PREVIA, DESPROPORCION CEFALOPELVICA Y CESAREA ITERATIVA (31.1%, 26.4% Y 13.2% RESPECTIVAMENTE).

EL LISTADO POR ORDEN ALFABETICO DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO ES EL SIGUIENTE:

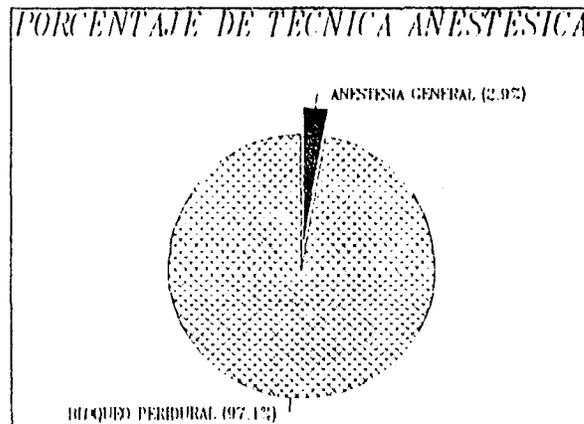
ANILLO DE BANDAL	1	0.18%
CESAREA ITERATIVA	65	11.75%
CESAREA PREVIA	122	22.06%
CERCLAJE/CESAREA PREVIA	1	0.18%
CONDUCCION FALLIDA	8	1.45%
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	89	16.09%
DCP/CESAREA ITERATIVA	4	0.72%
DCP/CESAREA PREVIA	32	5.79%
DCP/CONDUCCION FALLIDA	4	0.72%
DIABETES GESTACIONAL	2	0.36%
DISTOCIA CERVICAL	2	0.36%
DISTOCIA DE CONTRACCION	3	0.54%
DISTOCIA DE PARTES BLANDAS	1	0.18%
DPPN	2	0.36%
DPPN/CESAREA PREVIA	2	0.36%
ELECTIVA	10	1.81%
ELECTIVA/EPILEPTICA	1	0.18%
ELECTIVA/ESTERILIDAD	4	0.72%
ELECTIVA/LES/RCIU	1	0.18%
ELECTIVA/MALF.AV CEREBRAL	1	0.18%
ELECTIVA/MIOMATOSIS	1	0.18%
ELECTIVA/MIOMECTOMIA	1	0.18%
ELECTIVA/UTERO BIDEFEO	1	0.18%
ELECTIVA/TABIQUE VAGINAL	1	0.18%
EMBARAZO GEMELAR	4	0.72%

EMBARAZO GEMELAR/PRETERMINO/RPM	1	0.18%
EMBARAZO GEMELAR/PREECLAMPSIA	2	0.36%
EMBARAZO GEMELAR/RPM	2	0.36%
EMBARAZO MULTIPLE (TRIATES)	1	0.18%
EMBARAZO POSTERMINO/CON.FALLIDA	1	0.18%
EMBARAZO POSTERMINO/IND.FALLIDA	1	0.18%
EMBARAZO PRETERMINO/DPPN	2	0.36%
EMBARAZO PRETERMINO/GEMELAR	1	0.18%
EMBARAZO PRETERMINO/PLAC.PREVIA	1	0.18%
EMBARAZO PRETERMINO/PLAC.PREV.S.	1	0.18%
EMBARAZO PRETERMINO/PREECLAMPSIA	1	0.18%
EMBARAZO PRETERMINO/RPM	3	0.54%
EMBARAZO PRETERMINO/RPM/C.PREVIA	1	0.18%
EMBARAZO PRETERMINO/RPM/P.PELVI.	2	0.36%
EXPULSIVO PROLONGADO	2	0.36%
EXPULSIVO PROLONGADO/DCP	1	0.18%
FIBROSIS CERVICAL	1	0.18%
HERPES GENITAL	1	0.18%
HERPES GENITAL/C.PREVIA	1	0.18%
HIPOMOTILIDAD FETAL	2	0.36%
HIPOMOTILIDAD FETAL/C.PREVIA	1	0.18%
HIPOTIROIDISMO/C. PREVIA	1	0.18%
INDUCCION FALLIDA	5	0.90%
INDUCCION FALLIDA/P.TO NEG.	1	0.18%
INSUF.PLACENTARIA	9	1.63%
INSUF.PLACENTARIA/C.PREVIA	4	0.72%
INSUF.PLACENTARIA/CON.FALLIDA	1	0.18%
MIOMATOSIS UTERINA	2	0.36%
MIOMATOSIS UTERINA/C. PREVIA	4	0.72%
OBITO/C. PREVIA	2	0.36%
OLIGOHIDROAMNIOS	1	0.18%
P. PELVICA	25	4.52%
P. PELVICA/C. ITERATIVA	1	0.18%
PLACENTA PREVIA	1	0.18%
PLACENTA PREVIA SANG./C.PREVIA	1	0.18%
PLACENTA PREVIA SANG./P.PELVICA	1	0.18%
POLIHIDROAMNIOS/C.PREVIA	1	0.18%
PREECLAMPSIA	3	0.54%
PREECLAMPSIA LEVE/DCP	1	0.18%
PREECLAMPSIA SEVERA	3	0.54%
PREECLAMPSIA/C.ITERATIVA	1	0.18%
PREECLAMPSIA/DCP	1	0.18%
PREECLAMPSIA/HELLP	1	0.18%
PREECLAMPSIA/P.PELVICA	1	0.18%
RCIU	2	0.36%
RCIU/C.PREVIA	1	0.18%
RPM	1	0.18%
RPM/C. ITERATIVA	1	0.18%
RPM/C.PREVIA	7	1.27%
RPM/CERVIX DESFAVORABLE	3	0.54%
RPM/COND.FALLIDA	3	0.54%
RPM/DCP	10	1.81%
RPM/DISTOCIA DE PRESENTACION	1	0.18%
RPM/DPPN	1	0.18%

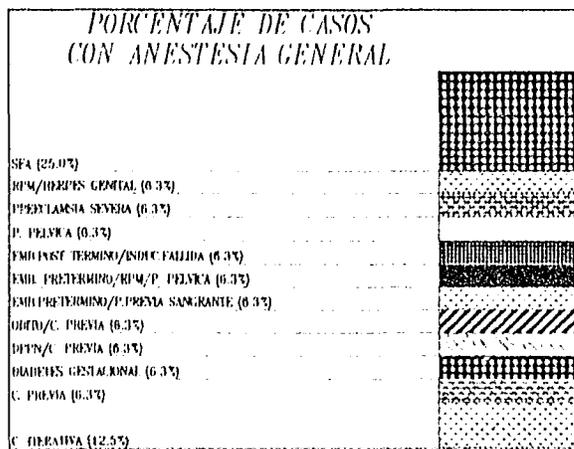
RPM/HERPES GENITAL;	1	0.18%
RPM/INDUC.FALLIDA	1	0.18%
RPM/MIOMATOSIS UTERINA	1	0.18%
RPM/P.PELVICA	2	0.36%
RPM/P.PELVICA/C.PREVIA	1	0.18%
RPM/S.TRANSVERSA	1	0.18%
RPM/S.TRANSVERSA/EMB.PRETERMINO	1	0.18%
S.TRANSVERSA	3	0.54%
S.TRANSVERSA/C.PREVIA	2	0.36%
SFA	29	5.24%
SFA/C.PREVIA	2	0.36%
SFA/DCP	4	0.72%
SFA/DPPN	2	0.36%
SFA/HIPOMOTILIDAD FETAL	1	0.18%
SFA/INSUF.PLACENTARIA	1	0.18%
SFA/PREECLAMPSIA/P.PELVICA	1	0.18%
SFA/RPM	3	0.54%
SFA/RPM/DCP/C.PREVIA	1	0.18%
UTERO BICORNE	1	0.18%
UTERO INHIBICION FALLIDA/APP	1	0.18%

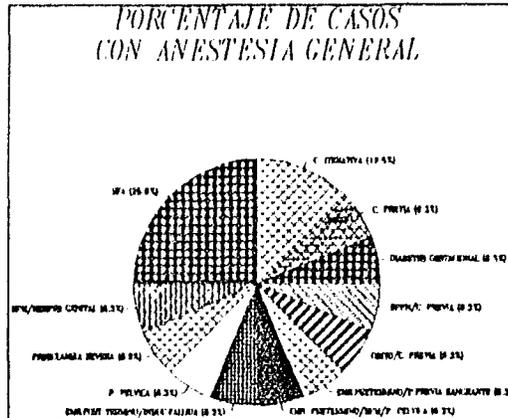
ANESTESIA:

DEL TOTAL DE LOS CASOS SE UTILIZO ANESTESIA REGIONAL (BLOQUEO PERIDURAL), CON SEDACION POSTERIOR AL NACIMIENTO DE LOS PRODUCTOS EN UN 97.1%, Y SOLO EN 2.9% DE LOS CASOS SE UTILIZO ANESTESIA GENERAL (16 CASOS) (GRAFICA 1).



DE LOS CASOS EN QUE SE SOMETIERON A ANESTESIA GENERAL EL 25% FUE POR SUPRIMIENTO FETAL AGUDO, EL 12.5% DE LOS CASOS FUE POR CESAREA ITERATIVA, LOS RESTANTES REPRESENTARON UN 6.5% EN CADA UNO DE LOS CASOS SIENDO ESTOS CESAREA PREVIA, DIABETES GESTACIONAL, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NOMOINCERTA (DPPN) CON CESAREA PREVIA, OBITO CON CESAREA PREVIA, EMBARAZO PRETERMINO CON PLACENTA PREVIA SANGRANTE, EMBARAZO PRETERMINO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS(RPM) Y PRESENTACION PELVICA, EMBARAZO POSTERMINO CON INDUCCION FALLIDA, PRESENTACION PELVICA, PREECLAMPSIA SEVERA Y RPM CON HERPES GENITAL. (GRAFICA 2A Y 2B)





DE LA CORRELACION DE LOS SUFRIMIENTOS FETALES QUE FUERON SOMETIDOS BAJO ANESTESIA GENERAL SOLO UNO DE ELLOS PRESENTO APGAR DE 6/7, LOS OTROS PRESENTARON APGAR DE 7/8,8/9,9/9, SIN COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.

CESAREA DE REPETICION:

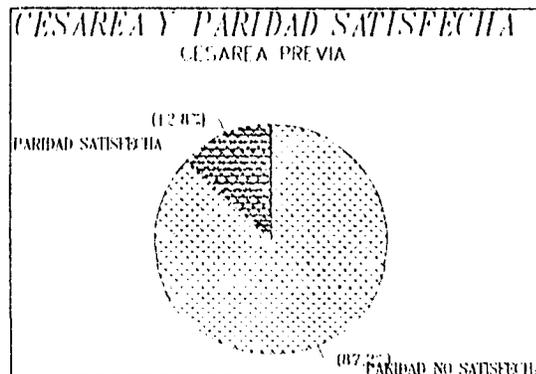
SIENDO LA CESAREA PREVIA Y LA CESAREA ITERATIVA DOS DE LOS TRES PRIMEROS DIAGNOSTICOS POR ORDEN DE APARICION PRESENTANDOSE COMO DIAGNOSTICO UNICO EN 122 Y 65 DE LOS CASOS RESPECTIVAMENTE (220.6% Y 11.75%), LLEGANDO ESTOS A INCREMENTARSE HASTA 172 Y 73 CASOS CUANDO APARECEN LIGADOS A OTROS DIAGNOSTICOS (31.1% Y 13.2%) POR LO QUE SE DEBERA REALIZAR UN ANALISIS EN RELACION A LA FRECUENCIA DE PRESENTACION. SI BIEN LA TENDENCIA ACTUAL ES EL INCREMENTO DE LA CESAREA POR EL DIAGNOSTICO TEMPRANO DE PATOLOGIA INTERCURRENTENTE CON LA GESTACION O LA QUE SE GENERA EN FORMA PRECOZ EN EL TIEMPO DEL TRABAJO DE PARTO, ESTO A CONDICIONADO UN AUMENTO DE CESAREAS DE REPETICION, ASI COMO LA EDAD DE LA PACIENTE QUIEN AL SER SOMETIDAS EN FORMA TEMPRANA A OPERACION CESAREA AUMENTA SUS POSIBILIDADES DE VOLVER A SER SUJETA A UNA CESAREA POSTERIOR. ACTUALMENTE

SOLO SE PUEDEN CONSIDERAR COMO CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS PARA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO TRES CONDICIONES:

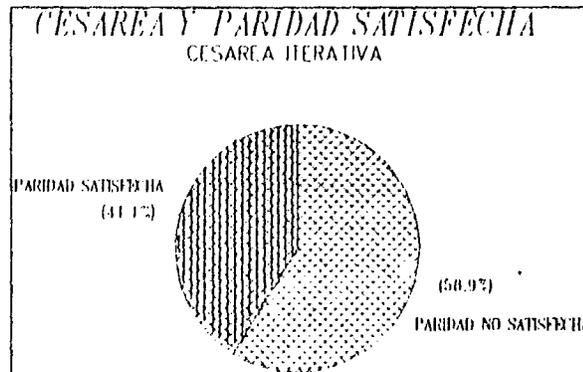
- PACIENTES EN QUIEN SE SABE O SOSPECHA DE INCISION UTERINA CLASICA.
- DESPROPORCION CEFALOPELVICA INCONTROVERTIBLE ABSOLUTA.
- NEGACION POR PARTE DE LA PACIENTE.

EN ESTA MUESTRA NO SE ENCONTRO EL ANTECEDENTE DE INCISION CLASICA PREVIA EN NINGUNO DE LOS CASOS, MAS NO ASI LA RELACION DE CESAREA DE REPETICION CON DESPROPORCION CEFALOPELVICA EN 32 Y 4 CASOS CON CESAREA PREVIA Y CESAREA ITERATIVA RESPECTIVAMENTE (5.7% Y 0.72%) RESPECTIVAMENTE. SITUACION VALIDA PARA APOYAR EL ACTO QUIRURGICO COMO RESOLUCION TERAPEUTICA. LLAMANDO LA ATENCION QUE EN TODAS AQUELLAS ELECTIVAS EN QUIENES NO SE SUMO OTRO DIAGNOSTICO NO APARECIERON COMO DIAGNOSTICO SECUNDARIO.

DEL TOTAL DE LAS CESAREAS PREVIAS EN RELACION A PARIDAD SATISFECHA DE 172 SOLO 22 DE ELLAS TUVO PARIDAD SATISFECHA (12.8) EN TANTO QUE 150 (87.2%) DECIDIERON NO TERMINAR SU VIDA REPRODUCTIVA. (GRAFICA 3)

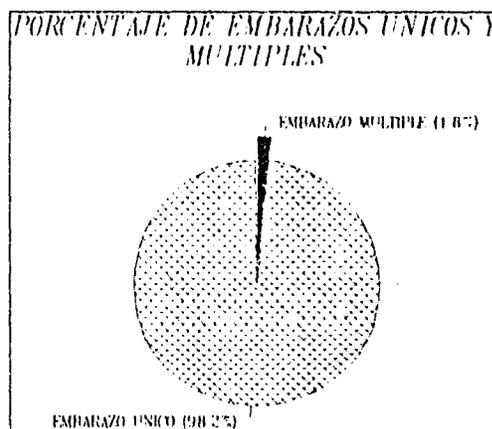


EN RELACION A LAS CESAREAS ITERATIVAS DE 73 CASOS DE 30 DE ELLAS 41.1% TUVIERON PARIDAD SATISFECHA Y 58.9% (43 CASOS) DECIDIERON POSPONER DICHA DECISION A PESAR DEL RIESGO. (GRAFICA 4)

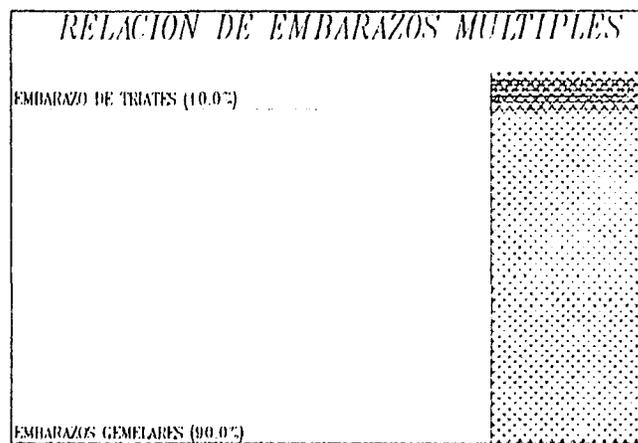


EMBARAZO MULTIPLE:

LOS EMBARAZOS MULTIPLES SUMARON SOLO 10 CASOS, DE LOS CUALES 9 FUERON EMBARAZOS GEMELARES Y UNO FUE MULTIPLE (TRIATES) REPRESENTANDO UN 1.63% Y 0.18% (GRAFICA 5).



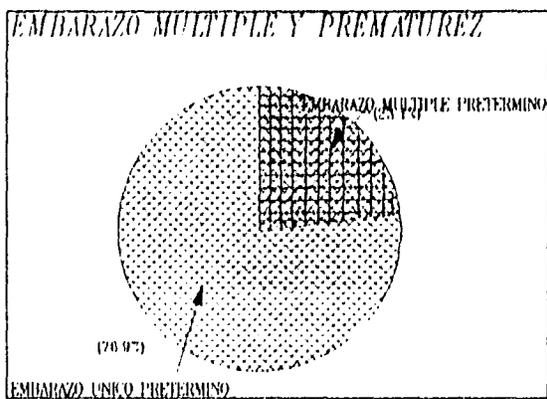
DE ESTOS SOLO UNO DE LOS CASOS DE EMBARAZO GEMELAR EN UN SEGUNDO GEMELO EN SITUACION TRANSVERSA PRESENTO APGAR DE 5/7, CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIENDO ESTE EMBARAZO PRETERMINO Y CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SIN EMBARGO NO ES REPRESENTATIVO EN COMPARACION CON EL APGAR PROMEDIO AUN DE LOS PRODUCTOS MULTIPLES QUE TAMBIEN FUERON PRETERMINO CON APGAR DE 7/8, A PESAR DE ESTO REQUIRIERON ASISTENCIA VENTILATORIA. (GRAFICA 6)



EN FORMA CONVENCIONAL SUELEN EXCLUIRSE LOS EMBARAZOS MULTIPLES COMO CANDIDATOS PARA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO A PESAR DE QUE LOS INFORMES DE STRONG Y WARSOFF EN RELACION A LA SEGURIDAD Y BAJO RIESGO DE SECUELAS ESTE LLEGA A SER HASTA DEL 4% DE DEHISENCIA, SIN LLEGAR A PRESENTARSE RUPTURA EN NINGUNO DE LOS CASOS. NO PUDIENDO DEMOSTRAR LO ANTERIOR EN ESTE ESTUDIO.

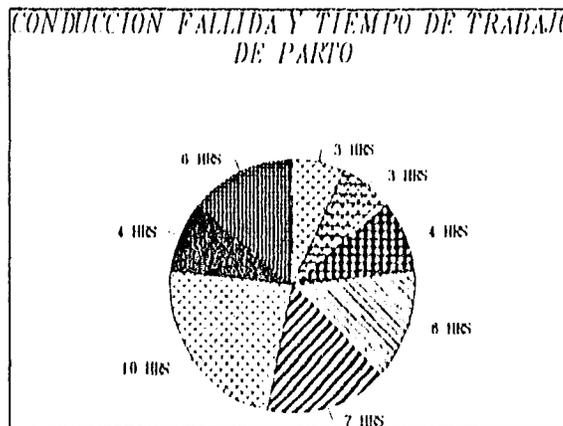
LLAMANDO LA ATENCION QUE DE LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON EN RELACION A EMBARAZOS PRETERMINO NINGUNO TENGA RELACION CON EMBARAZOS MULTIPLES. YA QUE LA RELACION QUE GUARDARON LOS EMBARAZOS MULTIPLES PRETERMINO Y EMBARAZO UNICO PRETERMINO FUE DE 23.1% A 76.9% O SEA CASI 1 POR CADA

3 EMBARAZOS UNICOS. CUANDO SERIA DE ESPERARSE ESTA RELACION INVERTIDA EN LA MAYORIA DE LAS VECES. (GRAFICA 7)



CONDUCCION FALLIDA:

DE LOS OCHO CASOS DE CONDUCCION FALLIDA EL PROMEDIO DE TIEMPO DE CONDUCCION FUE DE 5 HRS, CON EL MAYOR TIEMPO DE 10 HRS Y EL MENOR TIEMPO DE TRES HORAS. TODOS LOS PRODUCTOS OBTUVIERON UN APGAR ALTO (8/9 Y 9/9), SIN COMPLICACIONES POSTERIORES. DE LOS CASOS CON CONDUCCION FALLIDA ESTOS REPRESENTARON EL 8.57% DE LOS CASOS EN QUE SE AGREGO RUPTURA ESPONTANEA DE MEMBRANAS SIN TENER UNA RELACION DIRECTA CON PROCESOS INFECCIOSOS MATERNO O FETALES. (GRAFICA 8)

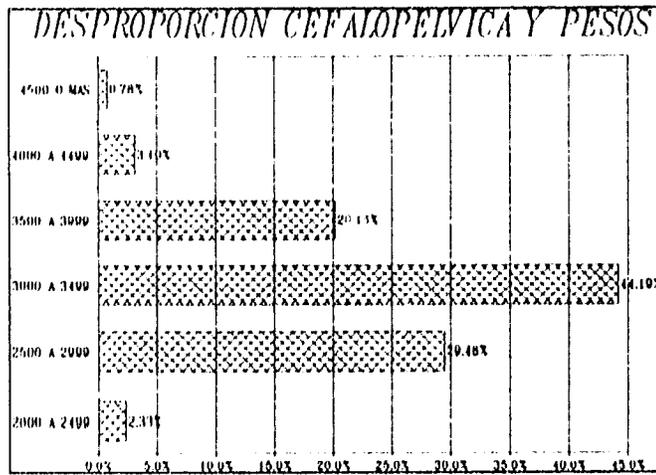


DESPROPORCION CEFALOPELVICA:

LA RELACION DE LOS PRODUCTOS CON DIAGNOSTICO DE DESPROPORCION CEFALOPELVICA Y EL PESO PROMEDIO REPRESENTO UN 44.19% EN AQUELLOS DE 3,000 A 3,500GRS, OBTENIENDOSE PRODUCTOS EN LOS EXTREMOS DE LA CAMPANA DE MENOS DE 2,499GRS Y UN CASO EN EL EXTREMO OPUESTO DE 4,700GRS.

CAVE MENCIONAR QUE EN ESTA DISTRIBUCION AL RELIZARSE EL AGRUPAMIENTO LLAMA LA ATENCION EL HECHO DE QUE CASI UN 32% DE LOS NACIMIENTOS FUERON MENORES A 3,000 GRSD E PESO Y EN LA LITERATURA CONSULTADA EL PROMEDIO DE PESO PARA ESTA

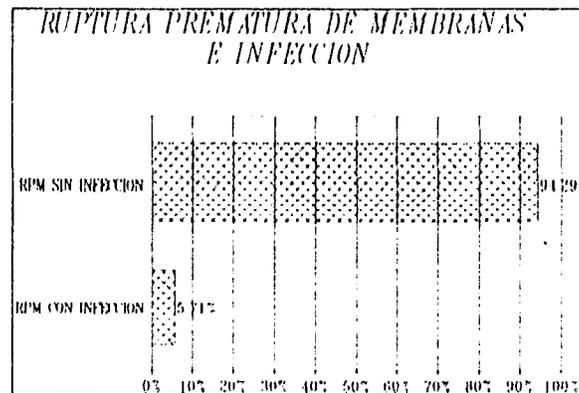
COMPLICACION ES DE 3,500 GRS O MAS EN TANTO QUE EL 76% DE LA MUESTRA ESTA POR ABAJO EN TANTO QUE SOLO UN 24%. SIN QUE PARA ESTO SE AGREGUE OTRA DISTOCIA COMO LA PRESENTACION PELVICA, PRESENTACION COMPUESTA, ASI COMO MALFORMACIONES OCONGENITAS. (GRAFICA 9)



ESTA
SANA
TUSAS
LA
NO
MIENE
CONVIENE!

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS E INFECCION:

DE LOS 35 CASOS EN QUE SE PRESENTO EL DIAGNOSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PRIMER O SEGUNDO ORDEN DE IMPORTANCIA SOLO EN DOS CASOS (5.71%) SE AGREGO INFECCION, EL PRIMERO UNA CONDUCCION FALLIDA DE 4 HRS DE EVOLUCION CON OBTENCION DE PRODUCTO CON PESO Y APGAR ALTO, SIN EMBARGO LA MADRE CURSO CON DECIDUITIS. EL SEGUNDO CASO DE ESTA SERIE ESTA EN RELACION CON EMBARZO PRETERMINO Y SITUACION TRANSVERSA CON APGAR Y PESO BAJO, CONFIRMANDO ASI QUE LA DISTOCIA FAVORECE EL NUMERO DE COMPLICACIONES. (GRAFICA 10)



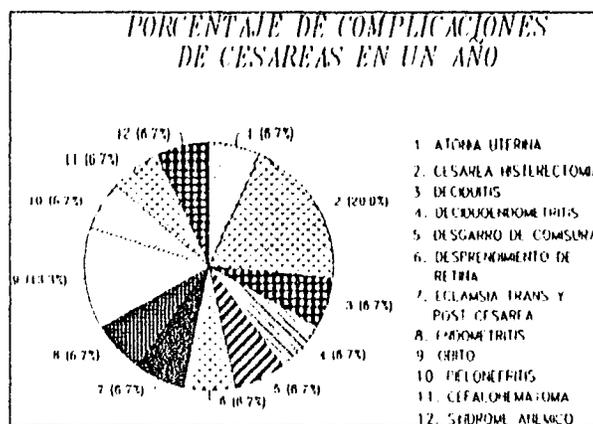
HIPOTIROIDISMO:

UNA SOLA PACIENTE FUE SOMETIDA A CESAREA POR EL DIAGNOSTICO DE HIPOTIROIDISMO Y CESAREA PREVIA, AUNQUE EL HIPOTIROIDISMO HA SIDO CONSIDERADO COMO UN PROBLEMA GRAVE Y CONTRAINDICACION ESTRICTA DE LA CIRUGIA, LADENSON Y COLABORADORES EN 1984 EXPRESAN UN GRAN MARGEN DE SEGURIDAD, RECOMENDANDO MEDIDAS DE SOSTEN MEDICO PREVIAS A LA CIRUGIA. LA PACIENTE NO REQUIRIO DICHA PREMEDICACION CONTINUANDO CON LA ADMINISTRACION DE T3 POR VIA ORAL EN EL POSTOPERATORIO

MEDIATO CON UNA EVOLUCION FAVORABLES, SIN INFECCION, CON UN PRODUCTO DE 9/9 CON CESAREA PROGRAMADA.

COMPLICACIONES:

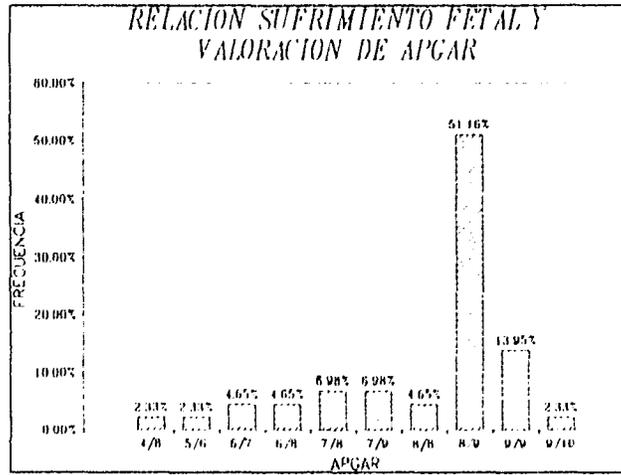
SOLO SE PRESENTARON 15 CASOS CON COMPLICACIONES DE LOS CUALES EL QUE PREDOMINO FUE LA CESAREA HISTERECTOMIA CON UN PORCENTAJE DE 20% (3 CASOS), SIN COMPLICACIONES POSTERIORES EN LA EVOLUCION POSTOPERATRIA INMEDIATA Y MEDIATA. (GRAFICA 11)



LAS OTRAS COMPLICACIONES EN ORDEN DE IMPORTANCIA SON DE OBITO, ATONIA UTERINA, DECIDUITIS, DECIDUOENDOMETRITIS, DESGARRO DE COMISURA, DESPRENDIMIENTO DE RETINA, ECLAMPSIA TRANS Y POSTOPERATORIA, ENDOMETRITIS, PIELONEFRITIS, CEFALOHEMATOMA Y SINDROME ANEMICO (MATERNO), NINGUNA DE LAS COMPLICACIONES CONDICIONA UN DECESO MATERNO O FETAL.

AQUELLOS CASOS CON RUPTURA DE MEMBRANAS EN EL 94.29% DE LOS CASOS NO SE PRESENTO INFECCION EN TANTO QUE SOLO EL

5.71% SE PRESENTARON INFECCIONES INDEPENDIEMENTE DEL USO DE ANTIBIOTICO PROFILACTICO EN UNO DE LOS CASOS. (GRAFICA 12)



CONCLUSIONES:

CON LOS RESULTADOS ANTERIORES PODEMOS CONCLUIR QUE SI BIEN EL PORCENTAJE DE CESAREAS EN RELACION AL NUMERO DE NACIDOS EN EL AÑO DE 1989 ES ALTO (45.14%), EL INDICE DE MORTALIDAD MATERNA ES NULO, EN TANTO QUE EL INDICE DE MORTALIDAD FETAL ES DE 0.36% CONSIDERANDO EN ESTA LOS DOS PRODUCTOS CON DIAGNOSTICO DE OBITO.

QUE EL ORDEN DE PRESENTACION DE LOS TRES PRIMEROS DIAGNOSTICOS SON POR ORDEN DE FRECUENCIA: CESAREA PREVIA, DESPROPORCION CEFALOPELVICA Y CESAREA ITERATIVA.

SOLO SE PRESENTARON COMPLICACIONES EN 15 CASOS SIENDO ESTOS TAN SOLO EL 2.71% DEL TOTAL DE LA MUESTRA. EL USO DE ANTIBIOTICO EN FORMA PROFILACTICA EVIDENCIO SU UTILIDAD, SALVO EN UN CASO CON CONDUCCION FALLIDA Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, REPRESENTANDO ESTE TAN SOLO EL 0.18% DEL TOTAL DE LA MUESTRA, LLAMANDO LA ATENCION QUE DE LOS CASOS CON COMPLICACIONES TRES DE ELLOS TUVIERON RELACION CON PROCESOS INFECCIOSOS (0.54%).

POR LO ANTERIOR SE HACE EVIDENTE QUE LA OPORTUNIDAD EN EL DIAGNOSTICO Y LA RESOLUCION TEMPRANA DE LOS PROBLEMAS CONDICIONADOS POR PATOLOGIA MATERNA O GENERADOS EN EL TRANCURSO DEL TRABAJO DE PARTO QUE SON ATENDIDOS EN FORMA EXPEDITA DISMINUYEN EN FORMA IMPORTANTE LA MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL.

BIBLIOGRAFIA:

1. BECKLEY S. GEE H. NEWTON JR.: SACR RUPTURE IN LABOR AFTER PREVIOS LOWER UTERINE SEGMENT CAESAREAN SECTION : THE ROLE OF UTERINE ACTIVITY MEASUREMENTE. BE J OBSTET GYNACOL. 1991 MAR. 98 (3) P-265-9.
2. BISHOP EH: ESTIMATION OF FETAL MATURITY BY CYTOLOGIG EXAMINATION OF THE AMNIOTIC FLUID. AM J OBSTET GYNECOL 102: 654-1968.
3. FARMAKIDES G, ET AL: VAGINAL BIRTH AFTER TWO OR MORE PREVIOS CESAREAN SECTION. AM J OBSTET GYNECOL 156: 565-566; 1987.
4. LEHMAN DK; ET AL : THE EPIDEMIOLOGY AND PATHOLOGY OF MATERNAL MORTALITY CHARITY HOSPITAL OF LOUISIANA IN NEW ORLEANS, 1965-1984. OBSTET GYNECOL 69: 833,1987.
5. MOSHER WD,ET AL: SOCIAL AND CLINICAL CORRELATES OF POSTPARTUM STERILIZATION IN THE UNITED STATES, 1972 AND 1980. PUBLIC HEALTH REP 99:128-138,1984.
6. CLINICAL OBSTERICS AND GYNECOLOGY. CRUIKSHANK DP, UPDATE ON OPERATIVE OBSTETRICS:VOL 29,NO 2, JUNE,1986HARPER AND ROW..
7. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA,TEMAS ACTUALES. PLAUCHE WC,CESAREA:VOL 4,1988.INTERAMERICANA/McGRAW HILL.
8. WILLIAMS OBSTETRICIA. PRITCHARD JA, MC DONALD JC, GANT N, 3A EDICION, REIMPRESION 1987,MEXICO.